

Fra kaos til filmpremiere

Historien om sammenslåingen av de kirurgiske sengepostene for barn på Rikshospitalet

Hege Hammer



MASTEROPPGAVE

Avdeling for helseledelse og helseøkonomi

Institutt for helse og samfunn

Det medisinske fakultetet

UNIVERSITET I OSLO

Vår 2014

Fra kaos til filmpremiere

Historien om sammenslåingen av de kirurgiske sensgepostene for barn på Rikshospitalet

Masteroppgave ved

Avdeling for helseledelse og helseøkonomi

Institutt for helse og samfunn

Det medisinske fakultetet

UNIVERSITETET I OSLO

Hege Hammer

© Hege Hammer

År 2014

Tittel: Fra kaos til filmpremiere

Forfatter: Hege Hammer

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Rikshospitalet, Oslo

Sammendrag

I 2010 ble Aker sykehus, Ullevål sykehus og Rikshospitalet-Radiumhospitalet slått sammen til et sykehus. Hovedhensikten var å samle funksjoner slik at det ikke var fler avdelinger som behandlet samme pasientgruppe. Det ble vedtatt at de fleste lands- og regionsfunksjoner skulle flyttes til Rikshospitalet. Dette innebar omstrukturering av sykehusavdelingene ved de berørte sykehusene.

På Rikshospitalet måtte en ”gjøre plass” til flere pasienter. Dette førte til endringer ved den avdelingen jeg jobbet ved nevrokirurgisk barnepost. Det ble først opprettet en dagavdeling for kirurgiske barnepasienter slik at de pasientene som ikke hadde behov for å ligge i en sengepost, ikke ble liggende der. Dette reflekterte L(aveste)E(ffektive)O(msorgs)N(ivå)-prinsippet. Neste trinn var å slå sammen flere fagområder innenfor kirurgi til barn for å kunne danne robuste avdelinger. Etter opprettelsen av kirurgisk dagavdeling for barn var det ikke like mange pasienter ved hver avdeling; noen hadde også nokså få.

Prosessen rundt sammenslåing gikk fort, kanskje for fort. Protestene i personalgruppen og etter hvert også hos noen pårørende, ble etter hvert høylydt. Protestene foregikk ved mail og brevskrivning både til avdelings-, klinikk- og sykehusledelsen. Noen pårørende benyttet seg av massemedia. Etter hvert ble ”trykket” så stort at ledelsen ved sykehuset måtte revurdere noen av sine vedtak.

Selv etter ”retretten” fra ledelsens side var det fortsatt uro i organisasjonen over et år etter at sammenslåingen var etablert. Det tok godt og vel et år før situasjonen begynte å normalisere seg og det igjen var mulig å gi så god pasientbehandling som ønskelig. Fortsatt er deler av personalgruppen sårbar for stress og endringer eller rykter om endringer. Hva kan vi lære av dette. Kunne noe av dette vært unngått?

Konklusjonen er at noe av dette kunne vært unngått hvis ledelsen hadde lyttet mer til de ansatte, at alle ansatte hadde vært mer involvert og en hadde gitt prosessen mer tid. Det skjedde også en nedbemanning i forkant av prosessen som var uheldig. Det er bedre å gå inn i en omstillingsprosess med god bemanning, siden en må forvente en viss personalflykt ved omstillinger.

Forord

Temaet for masteroppgaven kom som et ønske fra min avdelingsleder. Han ville gjerne ha en evaluering av prosessen rundt sammenslåingen av de sengepostene i Oslo universitetssykehus som behandlet barn med kirurgiske lidelser. Det er nå fire år siden kirurgisk avdeling for barn ble dannet. Den nye avdelingen fikk en tøff start med mye uro og mange slitne og fortvilte medarbeidere. Som assisterende seksjonsleder hadde jeg ikke en rolle i selve prosessen, men følte den sterkt både psykisk og fysisk.

En må regne med endringer i helsevesenet og omorganisering av sykehusseksjoner i framtiden, og da er det nyttig både for meg som har fått jobb som seksjonsleder, og avdelingsledelsen, å kunne tekke erfaringer fra prosessen med dannelsen av kirurgisk avdeling for barn.

Jeg vil takke informanter for å ha gitt meg nyttig innsikt i prosessen, jeg har møtt velvilje hos alle jeg har spurt om hjelp. Jeg vil spesielt takke min veileder Ole Berg for sin store tålmodighet og gode veiledning. Jeg vil også takke min avdelingsleder for god støtte og mine medarbeidere som måtte lede seksjonen mens jeg hadde permisjon både for å gå på studiet i helseadministrasjon og for å skrive denne masteroppgaven.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Oppgavens oppbygging	1
1.2	Problemstilling.....	1
1.3	Bakgrunn	2
1.4	Rolleavklaring	2
1.5	Metode	3
2	Teorigrunnlag	5
2.1	Endring av organisasjoner	5
2.2	Strategier for endring	5
2.2.1	Diktatorisk omforming	6
2.2.2	Karismatisk omforming.....	6
2.2.3	Tvungen, inkrementell utvikling	7
2.2.4	Deltakende utvikling eller organisasjonsutvikling.	7
2.3	Hvorfor sammenslåinger ofte ikke er vellykket	9
2.4	Forutsetninger for en vellykket endring	9
3	Historien.....	11
3.1	Omstilling 2006	11
3.1.1	Dimensjonering av sengerressurser	12
3.1.2	Nevroklinikken.....	12
4	Rikshospitalet	13
5	Vedtaket	15
5.1	Samordnet kirurgisk virksomhet for barn.....	15
5.2	Stabsrådsvedtak.	17
5.3	Første steg.....	18
5.4	Kommentar fra en deltager i prosessen	19
6	Etablering	20
6.1	Struktur	20
6.2	Bemanning	21
6.3	Lokalisering og fordeling av fagområder	21
6.4	Kompetanse	22
6.5	Turnus og bemanningsplan.....	23

6.6	De ansatte	23
6.7	Svar fra ledelsen	24
6.8	Klinikktilhørighet	25
7	Januar 2010	27
7.1	Første uke	27
7.2	Andre uke	28
7.3	Tredje uke	29
7.3.1	Mandag	29
7.3.2	Torsdag	29
7.3.3	Fredag	31
7.4	Fjerde uke	32
8	Februar 2010	35
9	Mars – desember 2010	36
9.1	Mars	36
9.2	April	36
9.3	Mai	37
9.4	Juni	38
9.5	November	39
10	Etter 2010	41
11	Hva kan vi lære	42
	Litteraturliste	45

1 Innledning

Jeg har ønsket å skrive denne oppgaven siden jeg var en del av denne hendelsen. Hendelsen var en opplevelse som fortsatt preger både meg og mine kolleger. For meg var det en lærerik erfaring hvor jeg gikk fra å være svært negativ, så negativ at jeg til dels motarbeidet prosessen, til å se at endringen har hatt sin hensikt og at det er mange positive elementer ved den. Jeg lærte derfor mye også om meg selv i løpet av prosessen.

1.1 Oppgavens oppbygging

Jeg vil først presentere problemstillingen og bakgrunnen for hendelsen jeg vil studere. Så vil jeg si noe om min rolle under hendelsen og deretter om hvilke metoder jeg har brukt under arbeidet med oppgaven. Deretter kommer et kapittel om teorier om endring i organisasjoner.

Jeg vil så, kronologisk, beskrive endringsprosessen. Som kilde har jeg brukt dokumenter, e-post, kommunikasjon med berørte parter og min egen hukommelse. Til slutt vil jeg summere opp studien og trekke noen konklusjoner.

1.2 Problemstilling

Jeg skal fortelle historien om da Rikshospitalets ledelse bestemte seg for å samle de ”kirurgiske” barna i én avdeling. Disse barna hadde tidligere vært i de samme avdelingene som de voksne pasientene, og fordelt på flere klinikker. En hadde erfaring for at det i lavaktivitetsperioder som sommer, jul og påske var lite effektivt å slå sammen barne- og voksenposter for å utnytte kapasiteten bedre. Det hadde i noen år vært et samarbeid mellom ortopedisk barnepost og nevrokirurgisk barnepost om ortopediske intermediærpasienter. Disse postene hadde vært sammenslått i lavaktivitetsperioder med positiv effekt.

Min erfaring med samlingen av disse postene var at selv om det så ut som om prosessen var godt gjennomtenkt, og en fulgte vedtatte prosedyrer, var ikke organisasjonen godt nok forberedt. Det var heller ikke tatt hensyn til at flere av faggruppene i perioder kunne ha mange ø.hjelpspasienter. Min ”teori” er at dette førte til en forlenget prosess med mye uro og til at en del av personalet fortsatte å være skeptisk til den nye organiseringen.

Helsevesenet er i stadig omorganisering og en må forvente at omorganiseringer vil skje igjen. Hva har vi da lært av den aktuelle omorganiseringen? Vil historien om samling av de kirurgiske barnepostene på Rikshospitalet kunne gi oss erfaringer som kan være av relevans ved en neste omorganisering?

Problemstillingene er som følger:

”Historien om samlingen av de kirurgiske barnepostene ved Rikshospitalet i en avdeling. Hva skjedde? Hvorfor skjedde det som skjedde? Kan vi lære noe av denne historien?”

1.3 Bakgrunn

I 2009 var Rikshospitalet som resten av helsenorge i en prekær økonomisk situasjon og det ble fra myndighetenes side krevd at økonomien skulle bringes i balanse. Det var vedtatt at Oslo universitetssykehus (OUS) skulle dannes, men likevel måtte Rikshospitalet, som delhospital ved OUS, vise til et økonomisk akseptabelt resultat.

Blant de tiltak som ble satt i gang for å bedre den økonomiske situasjonen var samling av de barnekirurgiske postene på Rikshospitalet ett slikt. Man flyttet først dagpasientene ut fra barnepostene ved å opprette en dagkirurgisk avdeling for barn. Der skulle dagpasientene behandles uten innleggelser og med mindre personale. En så deretter for seg at en kunne samle postene og kunne dra nytte av stordriftsfordeler.

1.4 Rolleavklaring

Som ansatt ved nevrokirurgisk barnepost var jeg en del av historien. Dette gjør det komplisert å skrive oppgaven og resultatet vil bære preg av at dette også er min, og mine kollegers, historie. Jeg ønsker imidlertid å se på dette med så objektive øyne som mulig.

I følge Malteruds lærebok(1) i kvalitative metoder i medisinsk forskning er det å forske på kolleger, og en selv, en vanskelig øvelse. En må vise varsomhet og vurdere om de opplysninger en bruker kan skade kollegene, eller en selv. Selv om det man tar med av opplysninger om kolleger, og en selv, kan gi forskningen et løft, kan det være etisk riktig å ikke inkludere bestemte opplysninger om eller fra kollegaer, og en selv, i oppgaven.

Da jeg var tilstede under hele prosessen vil min rolle få et preg av deltagende observasjon. Jeg var ikke tilstede i prosessen som forsker, men jeg må være klar over at min objektivitet kan være preget av min egen deltakelse. Jeg spilte ikke en sentral rolle i prosessen, men prosessen preget meg. Min opplevelse av sammenslåingen, og hendelsene rundt den, vil kunne farge min forskning. Jeg gikk, som nevnt, fra å være svært negativ til dannelsen av avdelingen til å mene at det også har fordeler å være samlet i en avdeling hvor oppmerksomheten er konsentrert om barn og kirurgi.

1.5 Metode

Jeg ønsker å bringe på det rene hvorfor dannelsen av avdelingen ble planlagt slik den ble og om dette hadde en innvirkning på resultatet av dannelsen, både på kort og lang sikt. Jeg vil derfor bruke en kvalitativ tilnærmingstype. Jeg ønsker å fortelle historien om dannelsen av avdelingen. Jeg har samlet inn data fra arkivet og har fått tilgang til kommunikasjon via e-post. Jeg har i tillegg fått informasjon om det som skjedde gjennom intervjuer med nøkkelpersonell.

De fleste dokumentene jeg bruker er skrevet i en formell tone.⁽²⁾ De er dokumenter til stabsmøter eller referater fra stabsmøter. De er også rapporter og prosjektbeskrivelser. I tillegg kommer en del e-post-korrespondanse, en korrespondanse som i noen grad har en mer privat form. Formen på e-post-korrespondansen, for så vidt som formen på gammeldags brevkorrespondanse, avhenger av forholdet mellom avsender og mottaker. Mengden tekst er også ofte avhengig av hvor godt mottaker og avsender kjenner hverandre. Ukjente sender ofte lengre tekst, gjerne for å gjøre den lettere å forstå. Innholdet i teksten må generelt sees i lys av den sammenhengen den er skrevet i.

Nøkkelpersonell vil kunne gi utfyllende opplysninger om de aktuelle hendelsene. De vil kunne ha informasjon som ikke kommer fram i det skriftlige materialet. Deres vurderinger av hendelsene vil også kunne bidra til å belyse hendelsene på en litt annen måte, og kanskje også gi et klarere bilde av forløpet, enn det det skriftlige materiale gjør.

Historien som fortelles er både positiv og negativ. Tekstene er skrevet med en hensikt. Det er derfor viktig å forstå hensikten for å forstå teksten. Det vil være naturlig for intervjuobjektene i etterpåklokskapens lys å pynte på historien for å «polere» bildet av egen rolle. Som forsker må jeg være oppmerksom på dette under analysen av materialet.

Ved analysen av det innsamlede materiale har jeg hatt in mente min forforståelse av de hendelsene jeg skriver om. Jeg har, som nevnt, prøvd å se på materialet på en så objektiv måte som mulig. Under intervjuene har det vært både positivt og negativt å kjenne hendelsen godt. Det har vært positivt fordi jeg raskt har kunnet forstått og har kunnet stille relevante oppfølgingsspørsmål. Det har vært negativt fordi det kan påvirke det jeg har sett og oversett. Jeg har stilt mer eller mindre åpne spørsmål, avhengig av formålet med spørsmålene, slik at jeg skulle få mest mulig informasjon. Jeg har ofte stilt oppfølgingsspørsmål - nemlig når det første svaret ikke har gitt meg den klarhet angående et saksforhold eller en hendelse som jeg har håpet å få.

2 Teorigrunnlag

2.1 Endring av organisasjoner

Det ble planlagt og foretatt en endring i den aktuelle organisasjonen. Flere poster ble flyttet fra sine opprinnelige avdelinger og samlet i en ny. I den forbindelse skulle det ansettes to avdelingssykepleiere og én avdelingsleder. Det var stor usikkerhet om hvor avdelingen skulle plasseres, hvilken organisasjonstilhørighet den skulle ha og hvor mange ansatte den skulle ha.

Endringer kan skje sakte, og være skapt innenfra på nesten organisk vis og de kan skje raskere, og da ofte komme ovenfra.⁽³⁾ Den første typen endringer skaper sjelden store reaksjoner blant medlemmene av organisasjonen, mens endringer som blir påført organisasjonen ovenfra, gjerne litt brått, og som kanskje også er radikale, ofte vil føre til negative reaksjoner fra (mange av) de ansatte. Brå og store endringer setter mange medarbeideres rolle og kanskje stilling i «spill». Noen ser muligheter i en slik situasjon, og kan bli endringsagenter, men de fleste vil som regel se trusler i den, og bli endringsmotstandere.

2.2 Strategier for endring

Når en snakker om endringer er det ofte planlagte endringer en snakker om. Det er i dag oftest ledelsen som initierer endringer. Endringene, også initiativene til endringene, kommer altså hovedsakelig ovenfra. Ledelsen ser av forskjellige grunner et behov, for eksempel for effektivisering (sparing), hvor midlet kan være (mer) stordrift. Den utvikler så strategier for å få større drift og lager handlingsplaner for å gjennomføre strategiene.⁽³⁾

I følge litteraturen kan endringsstrategier klassifiseres langs to dimensjoner. Den ene dimensjonen er omfanget av endringen, om den er en revolusjon eller en evolusjon. Den andre er hvor vidt prosessen er basert på samarbeid eller ordre, altså hvor hierarkisk den er. Vi skal starte med den andre dimensjonen.

2.2.1 Diktatorisk omforming

Diktatorisk, eller en ovenfra og nedad- preget, omforming er ofte aktuell i prosesser hvor en skal orientere seg mot nye markeder, hvor ny kompetanse vil være påkrevd og hvor det kanskje skal dannes en helt ny kultur. Ledelsen styrer prosessen, lager mål og delmål og utformer strategien for å nå målene. Den bestemmer hvilke tiltak som er nødvendige, og vurderer hvordan den skal minske endringsmotstanden, og kanskje skape aktiv medvirkning.

Strategien med diktatorisk omforming bygger på sterk ledelse og liten deltakelse fra de ansatte. Den har elementer fra det militære i seg ved at den er kommandoorientert. I moderne organisasjoner, hvor arbeidsstokken ofte har høy utdanning og er sterkt spesialisert, vil denne form for strategi ofte føre til stor motstand i organisasjonen.

2.2.2 Karismatisk omforming

Man taler om transformasjonspreget omformingsledelse når en karismatisk leder klarer å gjennomføre endringer uten motstand. En karismatisk leder kan stå fram som et forbilde for andre og vil slik kunne få sine medarbeidere med på endringer uten motstand. Den karismatiske lederen kan også opptre som en dommedagsprofet og slik skape en sterk misnøye med hvordan organisasjonen framstår. Han eller hun skaper en ”katastrofeforståelse” og dermed også en fryktbasert motivasjon for å endre.

Den karismatiske lederen kan også, på den positive siden, lansere en visjon om hva en kan oppnå ved bestemte endringer. Visjonene er ofte fulle av metaforer og preges av meget høye siktemål. Den karismatiske lederen er full av energi og viser et personlig engasjement. Vedkommende er flink til å trekke fram positive endringer og å bruke disse som tegn på at organisasjonen beveger seg i riktig retning. Lederen setter ofte de ansatte i stand til å gjennomføre planer. Den karismatiske lederen er en viktig rollemodell og de ansatte stoler på ham eller henne.

Å satse på endringer ved hjelp av en karismatisk leder forutsetter at lederen er karismatisk. De færreste er det. Å finne en slik leder er ikke enkelt. Undertiden viser det seg at en leder kan være en slik leder i én organisasjon, men ikke alltid i en annen.

Et problem med karismatisk basert omstilling er at den begeistring og det engasjement lederen kanskje kan skape i første omgang gjerne fortar seg etter hvert, kanskje også så mye at gevinstene ved endringen ikke blir så store som man hadde håpet på, kanskje også at det knapt blir gevinster i det hele tatt.

Karismatisk ledelse er også en ovenfra-preget ledelsesform, men fremstår som mykere enn den «kalde» autoritære (diktatoriske) ledelse.

2.2.3 Tvungen, inkrementell utvikling

En tredje form for ovenfrastyrt omstilling, er den som kalles tvungen utvikling. Vi har slik utvikling, også kalt intekremell utvikling, når endringene består av reelle, men små, ofte nesten umerkelige, endringer. Ledelsen pålegger underordnede organer og medarbeidere å gjennomføre bestemte, mindre endringer, og setter gjerne en dato for når endringene skal være iverksatt, men det lavere nivå får ofte en viss frihet til å bestemme hvordan gjennomføringen av endringene skal skje. Når det er lagt opp til deltakelse fra de ansatte er det større mulighet for at endringspåleggene blir gjennomført. Ledelsen har likevel mulighet til å gripe inn hvis den ikke er enig i løsningene som velges på det lokale plan.

Denne strategien gir ledelsen mulighet til å få igjennom en rekke endringer uten for mye støy. Ved å stoppe de løsninger ledelsen ikke er fornøyd med og å gi tilslutning til de løsninger ledelsen er fornøyd med kan den lettere splitte allianser som er i mot endringer.

Også denne endringsformen har et hierarkisk innslag. Det er imidlertid i hverdagen ikke så synlig, og skaper derfor ikke så stor motstand. Den representerer en form for «lirkeledelse».

2.2.4 Deltakende utvikling eller organisasjonsutvikling.

Organisasjonsutvikling er en strategi for endring som ble utviklet på 1930-tallet som en motvekt til den tradisjonelle ovenfra og ned-ledelsen. Den var uttrykk for et ønske om mer demokratiske og humane organisasjoner.

Strategien bygger på et harmonisk perspektiv, i den forstand at det forutsettes at det er i ledelsens interesse å ha fornøyde medarbeidere og hvor det er i arbeidernes interesse at organisasjonen fungerer optimalt. Det er altså, etter dette perspektivet, ingen grunnleggende konflikt mellom ledelsen og arbeidstakerne. Modellen tar også for gitt at mennesker ønsker å lære og at organisasjoner er i stadig utvikling.

Gjennom bred deltakelse i endringsprosessen får den ansatte et eieforhold til prosessen og vil være mindre interessert i å protestere mot endringene. Nå er jo endringene delvis deres. Ved at de ansatte mobiliseres som medutviklere vil også kvaliteten på løsningene som velges (antagelig) bli bedre.

Det er i teorien skissert flere faser alle organisasjonsendringer må gå igjennom. Kurt Lewin og Lyngdal (3) taler om litt forskjellige, men allikevel grunnleggende like, faser. Først identifiseres behovet for endring, så defineres målene for endringen og endelig utvikles det en strategi for å realisere målene. Dernest iverksettes endringene. Gjennom iverksettelsen skjer det gjerne tilpasninger og større og mindre endringer i strategien og kanskje også i målene. Når endringene er gjennomført blir de kritisk vurdert og nye endringsprosesser kan settes i gang.

En organisasjonsutviklingsprosess er avhengig av en del faktorer for å kunne bli vellykket. Et problem må være identifisert. Jo større enighet det er mellom ledere og de ansatte om at problemet er et stort problem, jo lettere er det å starte en endringsprosess. Endringsprosesser går bedre hvis det er bred deltakelse av ansatte og mellomledere. Bedre går de også hvis endringene som gjøres i første omgang er små. Det er vanligvis lettere å gå fra små til større endringer, enn å starte med de store. Skal man starte med de store må problemet være stort og alment kjent som stort. Det letter gjennomføringen hvis det er åpenhet om de teknikker og metoder som brukes. Eventuelle eksterne konsulenter må ikke framstå som eksperter som kommer med den riktige løsningen. Den organisasjonen som skal gjennomføre endringen må sette av tid og ressurser til å drive fram endringsprosessen (selv).

Organisasjonsutviklingsprosesser blir ofte lite vellykkede eller direkte mislykkede. Det kan skyldes at de er preget av en lite enhetlig strategi. Mange tiltak, med ulike formål, lanseres som en del av en ”samlet” strategi. Strategien er imidlertid derfor ofte spenningsfylt. Det viser seg under iverksettelsen. Da tas «omkamper» og endringsprosessen kan stoppe opp. Det går ofte også galt fordi endringer skjer med liten grad av samarbeid, og derfor gjerne blir preget

av konflikter og maktmisbruk, direkte og utilsørt eller mer indirekte og tilsørt. Ofte er det tidsnød som gjør at endringsprosessene skjer på en ”overkjørende” og konfliktskapende måte. Det pekes endelig på at organisasjonsutviklings- og endringsprosesser gjennomføres på en lite skreddersydd måte. Man bruker gjerne generelle ”maler”, maler som aldri passer noen organisasjon helt godt.

En del endringer skjuler seg under merkelappen «organisasjonsutvikling», men er i virkeligheten mer maktbaserte (hierarkiske) strategier og kan da framstå som manipulering.

2.3 Hvorfor sammenslåinger ofte ikke er vellykket

I følge Lien og Meyer i ”New Perspectives on Organizational Change and Learning”(4) er en av grunnene til at sammenslåinger og fusjoner ikke er vellykkede at en ikke tar hensyn til de indirekte kostnadene. Det er ikke alltid en fordel å være stor, da det ofte fører med seg at organisasjonen blir mer komplisert. Den lille organisasjonen er gjerne enklere og lettere å forstå, og også lettere, og relativt sett billigere, å administrere.

De trekker også fram de personmessige kostnadene ved å fusjonere. En må alltid regne med at en del av personalet vil komme til å slutte i usikre endringsperioder. En må kunne regne med tap av nøkkelpersonell og dermed også noe av den kunnskap dette personell representerte.

2.4 Forutsetninger for en vellykket endring

For at en endring skal være vellykkede må en være relativt sikker på behovet for endringen.(3) Endringen må ha et klart mål og en må vite hvilke virkemidler som skal brukes for å oppnå den ønskede endringen. Videre må organisasjonen kunne klare å iverksette endringen (etter planen).

Den største hindringen for at en endring skal lykkes er motstand blant personalet. De fleste ønsker stabilitet og kontinuitet i arbeidet. En endring fører til forandring i de fleste medarbeideres arbeidsforhold og for de fleste fører dette til usikkerhet og frykt for det ukjente. Endringer av organisasjonen kan føles som brudd på en psykologisk arbeidskontrakt mellom de ansatte og organisasjonen.

Maktforholdene kan endres i forbindelse med en organisasjonsendring. Noen vil kanskje ikke få like stor makt og betydning som de hadde. Sosiale bånd kan brytes. Noen må kanskje slutte. Andre velger å slutte, eller forholdene blir slik at det ikke lenger er naturlig å samarbeide.

3 Historien

I løpet av 2000-tallet var det stadig diskusjoner om og utredninger av hvor det barnekirurgiske (gastrologi-, urologi-)miljøet på Rikshospitalet skulle ligge organisatorisk og hvilke andre fagområder det skulle være organisert sammen med.⁽⁵⁾ Det var et ønske i noen fagmiljøer om at miljøet – eller den barnekirurgiske posten, skulle organiseres sammen med det barnemedisinske miljøet. Blant kirurgene var det stor skepsis til en slik organisering. De fryktet at i perioder med stort press på den medisinske siden ville kirurgien måtte lide da de fleste pasientene på barnekirurgisk side var elektive og ville kunne vente.

Det var samtidig en forståelse både hos avdelingssykepleieren og kirurgene for at posten på et tidspunkt kom til å bli sammenslått med den barnekirurgiske sengeposten på Ullevål. Det største problemet i den forbindelse var at traumekirurgien lå på Ullevål og at en måtte ha barnekirurgisk kompetanse på Ullevål.

Etter hvert foregikk det også prosesser på Rikshospitalet som skulle omfatte flere avdelinger enn den barnekirurgiske og for å effektivisere så en på flere løsninger.

3.1 Omstilling 2006

I 2006 ble Rikshospitalet HF stilt overfor store innsparingskrav.⁽⁶⁾ Det ble bestemt at hovedansvaret for innsparingene skulle ligge hos den enkelte leder og de enkelte ansatte i organisasjonen. Organisasjonen «Omstilling 2006» ble etablert, og for å bistå omstillingsarbeidet ble det i 2005 satt ned en styringsgruppe bestående av de fleste klinikkledere ved sykehuset.

Omstilling 2006 skulle gjennomføre tverrgående analyser av likeartede utfordringer, gi beslutningsgrunnlag i linjen og sikre bredden i deltakelsen i omstillingstiltakene.

To av delprosjektene er interessante for denne oppgaven, delprosjekt 3, dimensjonering av sengerressurser og delprosjekt 6, samordning av omstillingsbistand til Nevroklinikken og Laboratorieklinikken.

3.1.1 Dimensjonering av sengeressurser

Ressursgruppen var sammensatt av lederne ved de forskjellige sengeposter. Hovedhensikten var å se på beleggsprosent og bemanning ved de forskjellige sengepostene. Det var også kjent at pasientrom ble brukt til andre formål enn pasientbehandling. Gruppen skulle se på alternative løsninger for sengearealene med tanke på belegg, bemanning og romfordeling. Det skulle utarbeides retningslinjer for bemanningsfaktoren.

Det ble startet et arbeid for å kartlegge ressursene og resultatet viste at det var store forskjeller i bemanning og pasientbelegg og at det var en del pasientrom som ble benyttet til andre formål enn de «skulle». Det var også tydelig at intensivkapasiteten var sprengt og at det var ønskelig med flere intermediærsenger. Det var, viste det seg, spesielt et stort behov for intermediærsenger for barn. En var kommet i gang med å etablere et samarbeid mellom Nevroklubikken og Kirurgisk klinikk 2, mens Barneklubikken, Kirurgisk klinikk og Thoraxkirurgisk avdeling jobbet med å finne en felles løsning.

Det ble laget en bemanningsnorm for standard sengepost for voksne hvor sengeantallet skulle være 30, og en standard for barneposter hvor sengeantallet skulle være 20. For voksne skulle bemanningsnormen være 0,25 og for barn 0,3. Jeg er blitt fortalt av en av deltakerne i gruppen at det ikke var enighet om normene.

Arbeidsgruppen anbefalte også at det ble opprettet dagbehandling/poliklinikk i egnede, men samlede, enheter.

3.1.2 Nevroklubikken

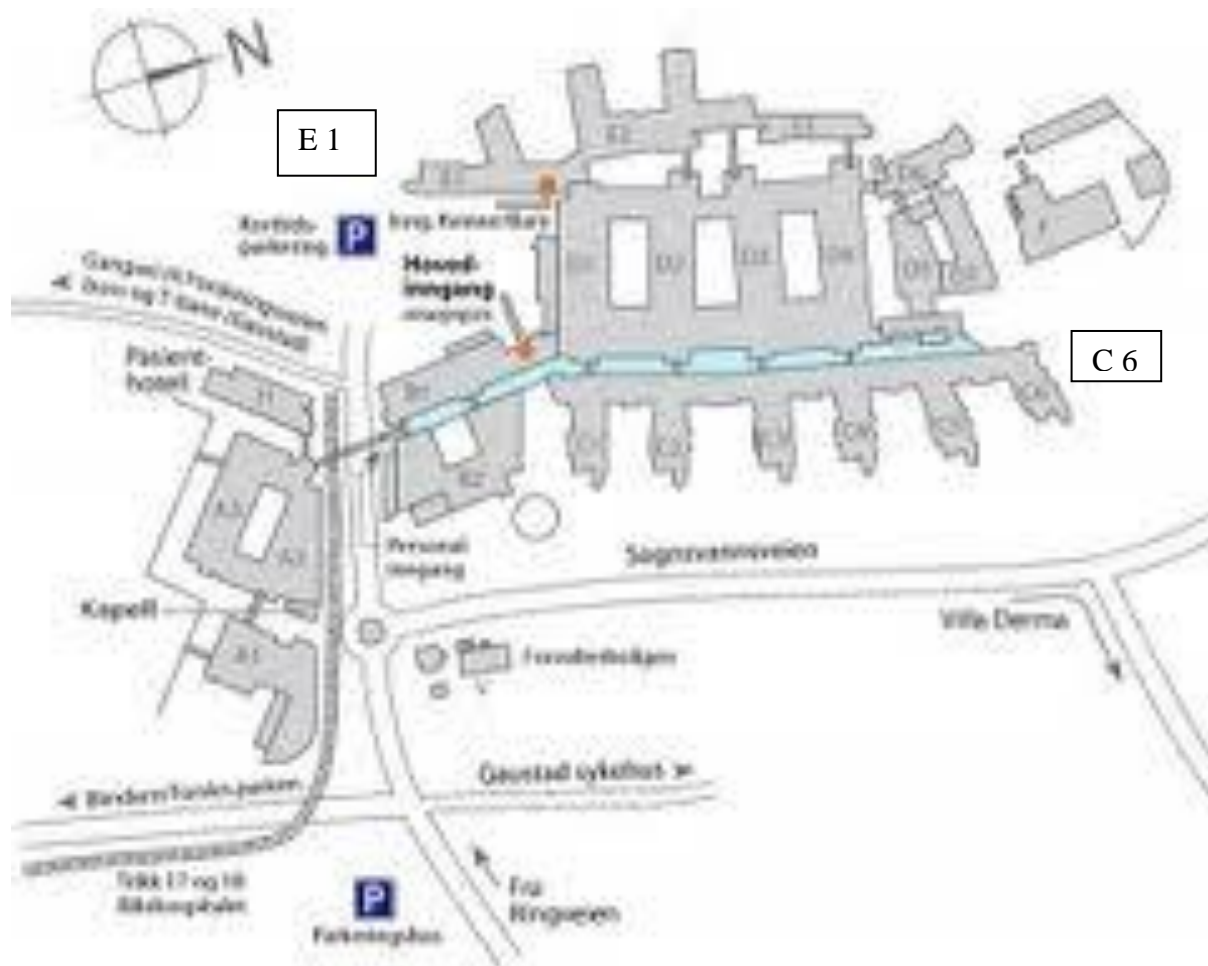
Nevroklubikken lå an til å få et svært stort underskudd i 2006. Det var igangsatt flere tiltak for å komme i bedre økonomisk balanse, og et av tiltakene var felles barneintermediær enhet med Kirurgisk klinikk 2 (barneortopedi). Man så for seg at man ved en slik sammenslåing kunne få en økonomisk gevinst på mellom 4,8 og 10,9 millioner kroner, avhengig av finansieringsmodell og av hvor stor reduksjon man kunne få i pleiebemanningen og overtidsbruken.

4 Rikshospitalet

Organisering I 2009



Kart over Rikshospitalet



5 Vedtaket

5.1 Samordnet kirurgisk virksomhet for barn

I 2009 var sammenslåingen av Oslo-sykehusene vedtatt og det var bestemt at mesteparten av den høyspesialiserte virksomheten skulle flyttes fra Ullevål og Aker til Rikshospitalet, siden bygningsmassen på Rikshospitalet var forholdsvis ny. For å få plass til alle pasientene ble noen funksjoner flyttet til lokalsykehus. Blant annet forventet en at en skulle få en effekt av at pasientene fra Groruddalen ble flyttet til Akershus universitetssykehus på Lørenskog. Det ville, disse pasientflyttingene til tross, bli plassmangel og en måtte derfor se på om det var mulig å få plass til flere senger på Rikshospitalet.

På barnepostene på de kirurgiske avdelingene på Rikshospitalet foregikk det en del dagbehandling. Dette var behandling av pasienter som ikke blir liggende natten over. De kommer gjerne til kontroll etter kirurgiske inngrep eller for å gjøre enkle kirurgiske inngrep. Innleggelsen er for lang til å kunne være en poliklinisk konsultasjon.

Det ble nedsatt en prosjektgruppe vinteren 2008/våren 2009 på Rikshospitalet med den hensikt å utrede mulighetene for å danne en kirurgisk dagavdeling for barn.⁽⁷⁾ Dette var begrunnet i blant annet LEON-prinsippet, et prinsipp (fra 1975) som innebærer at all behandling skal foregå på lavest (L) mulige effektive (E) omsorgsnivå (O, N). En ønsket å flytte dagbehandlingen fra sengepostene og til en egen avdeling. En slik flytting ville frigjøre arealer på sengepostene og slik kunne man redusere bemanningen: Man ville få færre innleggelser. I første omgang ble kirurgisk dagavdeling dannet. En skulle så se hvor mange pasienter som ble behandlet der og så gå videre med sengepostene for å redusere senger og bemanning.

Det lå barnepasienter på barnekirurgisk avdeling som var tilknyttet Kirurgisk klinikk. De lå på barneenheten som var tilknyttet ØPO-klinikken.¹ De lå på nevrokirurgisk barnepost. Denne var tilknyttet Nevroklinikken. I tillegg lå det barn på thoraxkirurgisk sengepost tilknyttet Thoraxklinikken.

¹ En sammenslåing av sengepost-områdene for øre-nese-hals-, ortopedi- og plastikkkirurgiavdelingene i en klinikk.

Barnekirurgisk avdeling hadde i flere år hatt en ordning med dagpasienter på sengepost, hvor det var ansatt sykepleiere med spesialansvar for disse. En hadde også satt av spesielle rom til disse pasientene.

Prosjektgruppen var bredt sammensatt og hadde representanter for de berørte klinikker og avdelinger samt deres samarbeidspartnere og andre som ble berørt av den mulige omorganiseringen. Prosjektet ble ledet av direktørens stab ved Rikshospitalet. Man ønsket å utrede de mulighetene som lå i samlingen av de kirurgiske barneposter på det aktuelle tidspunktet selv om en var klar over at det ville bli nye endringer når Oslo universitetssykehus snart ble et faktum. Man ville rydde i eget hus før sammenslåingen fant sted.

Det ble dannet to grupper. Den ene skulle se på bemanning og kompetanse og komme med forslag til en ny, mer effektiv, driftsmodell. Gruppen fikk også i mandat å utarbeide forslag til ny organisasjonsstruktur og nye rapporteringsveier.

Den andre gruppen skulle se på behovet for lokaler og utstyr. Begge gruppene var bredt sammensatt, med deltakere fra de berørte avdelinger og fra de aktuelle yrkesgrupper.

Det ble levert en prosjektrapport fra fase én hvor prosjektgruppen anbefaler at det tilrettelegges arealer for å etablere en kirurgisk dagavdeling for barn i tilknytning til kirurgisk poliklinikk. Gruppen forutsatte at pasientene ble tatt hånd om av kvalifisert personell og beregnet at antallet pasienter ville bli 1820 i året. Ved overføring fra Ullevål forutsatte gruppen at arealene på Rikshospitalet ble utvidet. Det var ikke barnepasienter på Aker sykehus.

Det ble anbefalt at fase II av prosjektet skulle iverksettes i uke 16, med justert prosjektgruppe og nye arbeidsgrupper. Gjennomføringene av anbefalingene i fase I skulle ivaretas i et eget prosjekt eller som en del av fase II.

Fase II ble ikke gjennomført som et prosjekt da det i stabsråd 28. mai 2009(8) ble vedtatt at ansvaret for den videre realisering av en felles avdeling for barnekirurgiske pasienter ble plassert i Nevroklinikken, en klinikk som på den tiden var en "sideklinikk" i klinikk C. Dette betydde for fire av fem fagområder at de var i samme klinikk som de medisinskfaglig ansvarlige. For barnekirurgien ville de være det i to klinikker.

5.2 Stabsrådsvedtak.

Ved Rikshospitalet var det etter vedtak om etablering av Oslo universitetssykehus et stabsråd som hadde den øverste styring med driften. I stabsrådet satt lederne for de forskjellige klinikkene, i tillegg til direktørens stab.

Den 17. mars 2009 ble det i stabsråd vedtatt at sengeenheterne for barn med et kirurgisk behov fra ØPO-klinikken(øre, nese, hals, ortopedi og plastikkirurgi).(9) Kirurgisk klinikk og Nevroklinikken skulle slås sammen fra juni 2009.

Det ble forutsatt at den spisskompetansen de aktuelle barna trengte skulle forbli tilgjengelig for dem og at kvaliteten i tilbudet de fikk ikke skulle bli forringet. Dette gjaldt de tjenester både legespesialistene, pleietjenesten og det øvrige helsepersonell ytte.

En forventet at sammenslåingen skulle resultere i effektivisering innen pleietjenesten og en fristilling av sengeenheter. Dette ble ansett som gunstig da en forventet overføring av aktiviteter fra andre deler av Oslo universitetssykehus til Rikshospitalet.

Saken skulle drøftes med de tillitsvalgte i de berørte organisasjonene før beslutningene ble endelig fattet.

Sengeenheterne for «kirurgiske» barn ble vedtatt samlet av stabsrådet den 24. mars 2009.(10) Stabsrådet forventet at sammenslåingen ville gi en robust og driftseffektiv sengeenhet. Det så for seg at en del av pasientene kunne behandles poliklinisk eller få dagbehandling. Stabsrådet satte som foreløpig mål å redusere antall årsverk med 30 på den sammenslåtte posten. Noe av reduksjonen ville imidlertid komme ved at en del oppgaver og pasienter ble overført til lavere omsorgsnivåer. Denne overføringen, ble det forutsatt, skulle ikke gå ut over kvaliteten i pasientbehandlingen.

Den 28. mai ble det vedtatt at sengeenheten for kirurgiske barn skulle etableres som en selvstendig enhet og ligge organisatorisk under Nevroklinikken.(11) Etableringen skulle tre i kraft fra august 2009. Det skulle ansettes en avdelingsleder, etter intern utlysning. Avdelingslederen skulle rapportere direkte til klinikklederen.

Avdelingens areal skulle bestå av dagens sengeenheter, men slik at det skulle være drift ved færrest mulig sengeenheter i lavaktivitetsperioder. Det skulle lages en fremdriftsplan for å redusere antall årsverk gjennom tilpasning til dagbehandling, for å få færre operative sengeenheter og for å få til en mest mulig effektiv samdrift. Planen skulle foreligge innen 15. september 2009 og skulle lages av lederen for Nevroklinikken.(11)

Legetjenesten skulle være organisert som før og en forventet at det ble etablert gode løsninger for det medisinske samarbeidet rundt barna. Sammenslåingen skulle gi en robust og effektiv sengeenhet, en sengeenhet som skulle gi et kvalitativt godt tilbud både til pasienter og deres pårørende.

I første omgang skulle organiseringen være som skissert fram til 31. desember 2009.(11)

5.3 Første steg

Den 28. juni 2009 rapporterte klinikklederen i Nevroklinikken til stabsrådet at det var ansatt en avdelingssjef fra 1. juli 2009.(12) Ansettelsen fulgte gjeldende regler for ansettelser. Det var dannet et driftsråd for avdeling for barnekirurgi. Klinikklederne instruerte sykepleietjenesten i de tre postene om å ha samdrift i lavaktivitetsperioden sommeren 2009. Videre var det et mål for prosjektet å lage en prosjektbeskrivelse som skulle være ferdig 15. september 2009. De ansatte ville bli overført fra de andre klinikkene til Nevroklinikken 01. august 2009. Det var lagt opp til at det skulle være hyppige møter mellom ledelsen og de tillitsvalgte. Prosjektgjennomføringen skulle skje i henhold til *Håndbok i bemanningstilpasning*. Data til prosjektet skulle hentes fra *Samordning av kirurgisk virksomhet for barn*.²

I stabsrådsmøte den 1. september 2009 bad Nevroklinikken om en avklaring av hvilke av to modeller for tempo for gjennomføringen av samlingen som skulle velges.(13) De tre klinikkene som var berørt av samlingen av de kirurgiske barnepostene var enige om reduksjonen av sengetallet og plasseringen av sengepostene. Klinikken så for seg en reduksjon av sengetallet på 11 og en bemanningsreduksjon på 18 årsverk.

² Prosjektrapport og mandat for samling av de kirurgiske sengepostene for barn ved rikshospitalet.

Det ble utarbeidet to modeller for sammenslåing. Den ene modell innebar rask sammenslåing. Det ble presisert at denne modellen kunne medføre kapasitetsproblemer. Den andre modellen innebar gradvis nedtrapping av driften på den ene sengeposten. Den første modellen kunne gi samling av sengepostene fra 1. januar 2010, den andre modellen senest fra 1. april 2010. Klinikklederne anbefalte modell nummer to. De mente den ville gi en tryggere gjennomføring av nedbemanningen.

5.4 Kommentar fra en deltager i prosessen

Avdelingssykepleieren som kom fra Barneenheten på ØPO-klinikken hadde lang erfaring i å slå sammen avdelinger.(14) Barneenheten var en forholdsvis ny enhet. Avdelingssykepleieren hadde vært med på å slå sammen ”barnesengene” i de gamle enhetene til en egen barneenhet. Som leder for en av postene som skulle slås sammen, og med betydelig sammenslåingserfaring, satt hun sentralt i prosjektet ved dannelsen av kirurgisk dagavdeling for barn.

Denne avdelingssykepleieren forteller i dag at hun oppfattet både prosjektet med dagavdelingen og prosjektet med å samle de kirurgiske barna som initiert av ledelsen ved sykehuset. Det var et prosjektarbeid, men hun hadde inntrykk av at det meste var bestemt ovenfra og at gjennomføringen var hasteverkspreget.

6 Etablering

6.1 Struktur

I juli 2009 ble det ansatte en avdelingssjef ved den nye avdelingen som da ble kalt for avdeling for barnekirurgi. Avdelingssjefen var en mannlig sykepleier som kom fra stillingen som avdelingssykepleier ved en annen avdeling på Rikshospitalet. Han hadde erfaring fra å drive en avdeling, men ingen erfaring i å etablere en ny avdeling. Rikshospitalet hadde utarbeidet en prosedyre for omstilling og bemanningstilpasning.(15) Denne fulgte han nøye, forteller han. Han fikk liten støtte fra administrasjonen i klinikken i dette arbeidet.

Første oppdrag var å lage en prosessbeskrivelse.(16) Denne viser hvordan ledelsen i Nevroklippen tenkte seg forberedelsene til og oppstarten av den nye avdelingen.

I følge prosessbeskrivelsen ble det på bakgrunn av stabsmøtevedtak dannet et driftsråd bestående av klinikkjefene og klinikkoversykepleierne i de berørte klinikkene, samt klinikkjefene i Akuttklinikken og administrasjonssjefen ved Nevroklippen, en økonomirådgiver fra administrasjonen og avdelingssjefen for avdelingen. I tillegg var en representant for direktørens stab med i startfasen.

Det ble også etablert driftsmøter hvor avdelingssykepleierne ved de berørte avdelingene og avdelingssjefen var med. Dette var ikke vedtatt i stabsråd, men ble etablert av avdelingssjefen i den hensikt å sikre god pasientbehandling og ta vare på personalet i en omstillingsfase. Det var også intensjonen å innkalle tillitsvalgte til en del av møtene.

Ellers ble det etablert flere andre møtefora i avdelingen. Det ble gjort for å samle dem som hadde spesielle koordinerende funksjoner i avdelingen, slik som fagutviklingssykepleierne og pasientkoordinatorene. Noen møter fungerte også som ressursmøter, hvor aktørene forsikret seg om at ressursene ble benyttet på best mulig måte. Blant annet ble det passet på at man benyttet egne ressurser i så stor grad som mulig, altså at man ikke for lett bestilte vikarer fra vikarbyråer.

Det ble opprettet samarbeidsavtaler med avdelinger det var naturlig å samarbeide med, i første omgang moderavdelingene hvor legene var organisert, videre voksenpostene innenfor samme fagfelt, kirurgisk dagavdeling og barneintensivavdelingen.(17)

6.2 Bemanning

Da det var nødvendig å foreta en bemanningstilpasning var det viktig å ha et godt forhold til de tillitsvalgte og til vernetjenesten.(16) Det ble laget en informasjonsplan hvor informasjonen overfor de ansatte ble satt i system. Det ble holdt både allmøter, personalmøter og små informasjonsmøter. Videre ble bemanningsplaner og turnuser drøftet med de tillitsvalgte. Informasjonsplanen tok utgangspunkt i Rikshospitalets retningslinjer for bemanningstilpasninger.

6.3 Lokalisering og fordeling av fagområder

For å kunne drive best mulig var det en forutsetning at en del av pasientene ble overført til kirurgisk dagavdeling for barn.(16) Oppstart av avdelingen ble fastsatt til 14. september og en så for seg en gradvis opptrapping fram til 25. oktober. Da skulle alle pasienter fra barneenheten og nevrokirurgisk barnepost være flyttet over til dagavdelingen. Fra 23. november skulle alle pasienter være flyttet over og det ble plass og mulighet til å flytte pasientgrupper og slå sammen andre grupper slik at en kunne redusere fra tre til to sengeposter.

Etter en prosess i driftsrådet og i flere driftsmøter ble det enighet om å lokalisere sengepostene i C6-4.etg og E1-4.etg.(se kart s.12). Denne omflyttingen førte til at postene ble liggende svært spredt, men siden det ikke ble satt av midler til ombygginger var dette den beste løsningen. Det ble, som tidligere nevnt, lansert to løsninger for samlokalisering, én hvor en samlokaliserte raskt og én hvor en gradvis trappet ned driften i C5-3.etg og trappet opp i C6-4.etg.

Avdelingssykepleieren ved barneenheten i ØPO-klinikken (barnepostene til øre-nese-hals-avdelingen, plastikkirurgisk avdeling og ortopedisk avdeling) var bekymret for denne oppdelingen, dels fordi den ville splitte fagområder hvor sykepleierne jobbet godt sammen, og dels fordi barneenheten i ØPO-klinikken var en forholdsvis nydannet enhet og omsider hadde begynt å få samarbeidet til å fungere godt.(14) Hun ba derfor om et møte med ledelsen for prosjektet om saken, men følte at hun ikke ble hørt.

Det kom også kommentarer fra de andre avdelingssykepleierne i prosjektet om at det var et veldig press ovenfra for å begrense den nye avdelingen til to seksjoner.(5) Det ble i stabsrådet vedtatt å gå inn for den modellen som ga raskest samlokalisering og deling av barneenheten.

For å oppnå et best mulig resultat av omorganiseringer er det viktig at personalet er med i prosessen.(16) Det ble, som nevnt, derfor ved denne omorganiseringen lagt opp til jevnlig informasjon til personalet. Det ble opprettet arbeidsgrupper med relevante deltakere fra alle de tre daværende sengepostene. Ledelsen var klar over at omstilling og endringer kan resultere i frustrasjon og misnøye. For å unngå dette ville den gi så mye informasjon som mulig. Det ble, som tidligere nevnt, laget en informasjonsplan og intensjonen var å følge denne. Ledelsen ønsket i tillegg å ha et «kick-off» for å markere slutten på de gamle seksjonene og starten på de nye. For ledelsen var det viktig at alle forstod at det ble dannet to nye seksjoner og ikke at noen ble delt og flyttet inn i ”gamle” seksjoner.

I omstillingsprosesser blir det lett mye ryktespredning og korridorsnakk blant personalet. Å slå sammen poster, og dermed også å fjerne en avdelingssykepleierstilling, som man nå planla, var noe man regnet med ville skape rykter og usikkerhet. Ledelsen la derfor stor vekt på at prosessen ble tydelig og at de nye avdelingssykepleierne kom på plass så tidlig som mulig.

Avdelingssjefen var allikevel ikke forberedt på den motstand mot sammenslåing som oppstod i organisasjonen.(15) Motstanden kom til syne både før og etter at sammenslåingen var et faktum. Fra kritikernes side ble det blant annet stilt spørsmål ved tempoet i prosessen og om det ble gitt god nok opplæring til dem som skulle arbeide på postene.

6.4 Kompetanse

Det var en forutsetning for stabsrådet at kvaliteten på behandlingen ikke skulle forringes.(11) Det ble derfor utarbeidet en kompetanseplan.(16) Samtidig var en klar over at det ikke var mulig å gjøre alle i personalgruppen like gode til alt uten å miste spesialkompetanse, siden hvert fagområde er så spesielt og alle fagområdene hadde lands- og regionsfunksjoner. Likevel anså ledelsen det som nødvendig at alle hadde noe kompetanse om sine kollegers fagområder. Det ble tatt sikte på å lage en kompetanseplan for å ivareta dette hensynet.

6.5 Turnus og bemanningsplan

For at medarbeiderne i seksjonen skulle oppfattes som om de var i én avdeling, var det ønskelig at turnus- og bemanningsplaner var så godt som like.(16) Det ble satt ned arbeidsgrupper for å se på turnus- og bemanningsplanene. Det var også forskjellige arbeidstidsordninger ved de forskjellige seksjonene. Ledelsen ønsket å samordne disse. Også det var nødvendig for å få staben til å føle at virksomheten var blitt én.

Det var også viktig med ensartede stillingsbeskrivelser. Det ble i samråd med de tillitsvalgte lagt ned et stort arbeid med å samordne stillingsbeskrivelsene ved de forskjellige seksjonene.

Det ble laget nytt organisasjonskart for avdelingen. Det ble slik:



6.6 De ansatte

Den 12. november 2009 sendte sykepleiegruppa ved nevrokirurgisk barnepost et brev til klinikklederen ved Nevroklubben hvor den uttrykte bekymring for starttidspunkt for sammenslåingen av de tre fagområdene som skulle bli KAB 1 (kirurgisk avdeling for barn, post 1, nevrokirurgi, ortopedi og øre-nese-hals).(18) Sykepleiergruppa mente den felles opplæringen ikke hadde vært god nok. Det ble også stilt spørsmål ved det faktum at prosessen

rundt dannelsen av Oslo universitetssykehus gikk videre. Sykepleierne fryktet at det ville ha negativ innvirkning på arealene KAB 1 skulle få.

De ansatte, het det, så positivt på muligheten for å utvikle mer breddekompetanse, men var bekymret for at spisskompetanse kunne gå tapt, spesielt når det gjaldt omsorgen for barnepasientene med nevrokirurgiske lidelser. Det ble påpekt at nevrokirurgisk barnepost er den eneste av sitt slag i Skandinavia, og at avdelingen er ledende innen sitt fag i Norden. Man var videre bekymret for hva det kunne føre til at nøkkelpersonell i avdelingen ikke hadde fått være med på å utforme den nye avdelingen.

Det ble også spurt hvorfor en ikke hadde lagt mer vekt på opplæring av personalet fra de andre fagområdene i sykepleie til barn med behov for nevrokirurgisk behandling. Det har vært kjent over lenger tid at avdelingen skulle dannes og en kunne derfor ha satt igang opplæringen tidligere, het det i sykepleiergruppas uttalelse. Det ble også spurt hva den tidligere avdelingssykepleieren ved posten skulle gjøre og hvor stor arbeidsmengde undervisningssykepleieren ville få. Sykepleiergruppa bad om at ledelsen måtte svare på de spørsmål den hadde stilt.

6.7 Svar fra ledelsen

Avdelingssjefen innkalte til møte med de tillitsvalgte den 24. november for å kommentere bekymringene de ansatte hadde gitt uttrykk for.⁽¹⁹⁾ Han sa at hva tidsrammen angikk hadde kirurgisk avdeling for barn allerede rettet en forespørsel til stabsrådet om å få lov til å utsette oppstarten til 1. april 2010, men denne forespørselen var som nevnt blitt avvist av stabsrådet.

Det var i brevet fra personalet ved nevrokirurgisk barnepost uttrykt stor bekymring for om kompetansen kunne opprettholdes etter omorganiseringen. Avdelingssjefen redegjorde for opplærings- og kompetanseplanen, og sa at den innebar at sykepleierne på posten skulle deles inn i fagområder slik at man kunne sikret at de hadde best mulig kompetanse til å ta seg av pasientenes behov. For å sikre god nok kompetanse på intermediærnivå, hvor de nevrokirurgiske sykepleierne allerede hadde kompetanse også på ortopedi og øre-nese-hals-medisin, ville det bli laget en plan for at sykepleiere fra de to postene skulle gå i tospann.

Før sammenslåing av kirurgisk avdeling for barn og deling av barneenheten ved klinikken hadde fagområdene for øre-nese-hals-sykdommer og plastikkirurgi samarbeidet om

pasientene på sykepleiesiden. Da disse nå ble splittet, hadde man fram til 1. januar 2010 satset på opplæring innenfor disse fagområdene slik at flere sykepleiere kunne ta seg av de aktuelle pasientgruppene. På grunn av fravær, sykdom og full drift hadde det ikke vært mulig å organisere hospitering mellom de andre fagområdene.

Det var ellers ikke aktuelt å drive både i C5 3. etasje og i C6 4. etasje, en skulle bare drive i 4. etasje. Pasientgrunnlag i Norge ble ikke ansett som stort nok til at man kunne drive en sengepost med bare nevrokirurgiske barnepasienter.

Det ble uttrykt skuffelse fra de tillitsvalgte sin side over at ikke klinikkjefen var til stede på møtet.

6.8 Klinikktilhørighet

Det ble vedtatt i stabsrådsmøtet 28.05.2009(11) at plassering av kirurgisk avdeling for barn skulle være gjeldende i første omgang fram til 31. desember 2009. I løpet av høsten 2009 begynte det derfor også å bli en usikkerhet rundt plasseringen av avdelingen. Det var krefter som ønsket at avdelingen skulle organiseres sammen med de andre barneavdelingene på Rikshospitalet og ligge under Barneklubben.(20)

Dette skapte uro i ledergruppa ved kirurgisk avdeling for barn, siden den hadde et sterkt ønske om å tilhøre en kirurgisk klinikk. Argumentene var at mange av de kirurgiske pasientene var livsløpsspasienter hvor overgangen til voksenpasientrollen ville gå lettere ved å være tilknyttet en kirurgisk klinikk.(21) Legegruppen ville uansett tilhøre en kirurgisk klinikk og det ville vanskeliggjøre samarbeidet hvis avdelingen ble flyttet til Barneklubben.

I juni 2010 skrev leder for barnesykepleierforbundet et brev angående lokaliseringen og tilhørigheten for de kirurgiske barna i OUS. (22)Han var av den mening at man nå hadde en gylden anledning til å få et barnesykehus i Norge og han mente derfor at alle barn burde organiseres sammen uansett hvilket medisinsk behov de måtte ha.

Diskusjonen om klinikktilhørigheten foregikk fram til høsten 2010. Diskusjonen ble av noen oppfattet som en omkamp – altså som et forsøk på å splitte opp kirurgisk avdeling for barn og gå tilbake til en tidligere ordning hvor barnepostene var organisert sammen med voksenpostene.

Gruppen som så på klinikktilhørigheten var ferdig med sitt arbeid i mai 2010.(23) Den konkluderte ikke, men vurderte tre forskjellige alternativer for plassering. Det første alternativet var at de kirurgiske barnepasientene igjen ble organisert sammen med voksenpasientene. Det andre alternativet var at de barnekirurgiske pasientene ble organisert sammen med de gastrokirurgiske pasientene, i klinikk G og at barn på nevrokirurgi, ortopedi og plastikkavdelingene ble organisert i klinikk C, i en felles kirurgisk avdeling for barn. Det siste alternativet var at kirurgisk avdeling for barn forble organisert som de var i en samlet avdeling i klinikk C.

7 Januar 2010

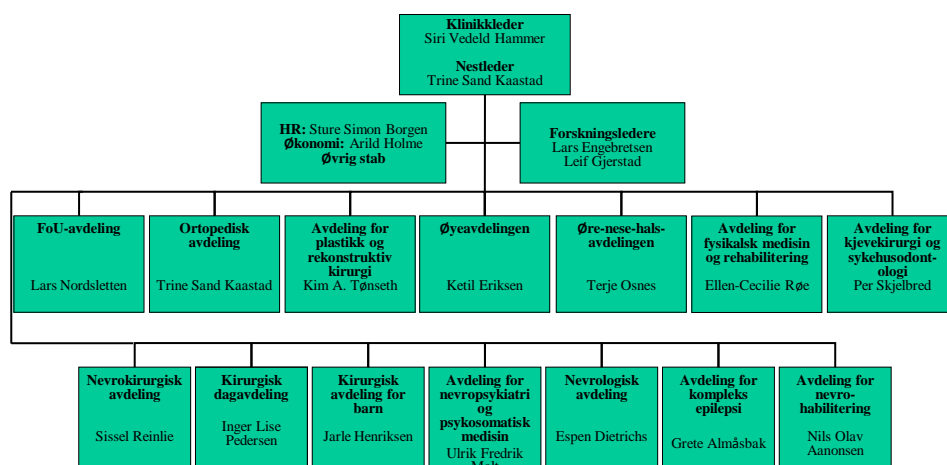
Julen 2009 ble ortopedisk sengepost for barn, øre-nese-hals-sengeposten for barn og nevrokirurgisk sengepost slått sammen til én sengepost.(24) Den fikk navnet KAB 1. Den ble lagt i C6 i 4. etasje på Rikshospitalet. På den andre siden av sykehuset, i E1 i 4. etasje, ble barnekirurgisk sengepost og plastikkirurgisk sengepost slått sammen og fikk navnet KAB 2. Ved KAB 1 ble avdelingssykepleieren for den tidligere ØPO-barneenheten leder og for KAB 2 ble avdelingssykepleieren fra barnekirurgisk sengepost avdelingsleder. Avdelingssykepleieren fra nevrokirurgisk barnepost ble tilbudt stillingen som fagutviklingssykepleier og takket ja til det tilbudet.

KAB 1 hadde 23 senger som skulle bemannes med 42,4 stillinger. Åtte av disse sengene var intermediærsenger. KAB 2 hadde 21 senger som skulle bemannes med 36,4 stillinger. Seks av disse sengene var intermediærsenger.

7.1 Første uke

Nevroklubnikken sluttet nå å eksistere og alle enheter under nevroklubnikken blir overført til klinikk C som nå heter Klinikk for kirurgi og nevrofag.

Klinikk for kirurgi og nevrofag (2010)

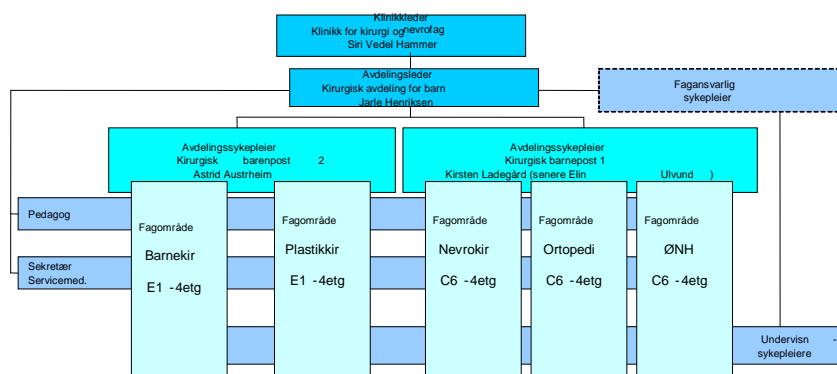


4.januar ble det arrangert «kick-off» for KAB 1.

7.2 Andre uke

Ca. 11. januar 2010 sa en avdelingssykepleier ved KAB 1 opp sin stilling da hun var tilbudt en annen stilling ved sykehuset.(14) Den tidligere avdelingssykepleien ved nevrokirurgisk barnepost tilbød seg å hjelpe til fram til det ble ansatt en ny fast avdelingssykepleier.

Organisasjonskart for Kirurgisk avdeling for barn (KAB)



Den 15. januar sendte tillitsvalgte for sykepleierne ved KAB 1 brev til den nye klinikklederen, med kopi av et brev fra sykepleierstaben sendt til klinikklederen ved Nevroklinikken og referat fra et møte med ledelsen i etterkant av at ledelsen mottok brevet.(18) De tillitsvalgte presiserte i brevet at situasjonen ikke var blitt lettere. Postene var nå fysisk sammenslått, men det hadde ikke vært mulig å gi personalet god nok opplæring. Kompetanse- og opplæringsplanen hadde det ikke vært mulig å følge på grunn av høyt belegg og mye sykefravær. I januar 2010 var sykefraværet på 14,3 %.

Det ble også påpekt at bemanningsproblemene startet allerede høsten før og at en ikke fikk erstattet personale som sluttet. Situasjonen etter sammenslåingen var enda mer prekær da flere av personalet valgte å begynne i videreutdanning. De tillitsvalgte presiserte at situasjonen var kritisk på grunn av lite opplæring, lav bemanning og høyt pasientbelegg. Brevskriverne ønsket svar på brevet, fra ledelsen.

Avdelingslederen fortalte at fordi Nevroklinikkens leder hadde sluttet brått mot slutten av 2009, hadde en del søknader om godkjenning av stillinger til utlysning blitt liggende uten å bli behandlet. Dette var også en medvirkende årsak til forsinket ansettelse av nytt personell.(15)

En sykepleier som var ansatt ved seksjonen, og som hadde vært i permisjon ett år og som kom tilbake den andre uka i januar 2010 fortalte at hun husket at det var fullstendig kaos.(25) Det var fullt av pasienter og pårørende over alt. For å frigjøre plass var stellebordene flyttet ut på gangen og de pårørende skiftet bleie på barna, på gangen.

Det var, ble det også nevnt, ikke plass for legene til å snakke med pasientene noen steder. Det var for få PC'er. Sykepleierne hadde ikke muligheter til å dokumentere og måtte jobbe overtid for å få skrevet rapporter. Det var også på grunn av arbeidsmengden vanskelig å gi de nye sykepleierne som begynte etter hvert, god nok opplæring.

7.3 Tredje uke

7.3.1 Mandag

Den 18. januar ble det holdt postråd ved KAB 1, hvor representanter fra de tre medisinske fagområdene, avtroppende og ny avdelingssykepleier og avdelingssjef var til stede.(26) Det ble nevnt at driften ved KAB 1 var en i prekær situasjon: Det var ikke mulig å drive på det arealet som posten disponerte, mente postrådet. Rådets medlemmer var bekymret for forsvarligheten, ikke minst på grunn av alle pasientene som ble strøket fra operasjon. De foreslo derfor å flytte deler av aktiviteten til ledige lokaler i etasjen under. Klinikklederen var til stede under diskusjonen angående arealspørsmålet og ønsket et bedre tallgrunnlag før hun kunne ta stilling til saken. Rådsmedlemmene diskuterte også om man burde reorganisere sykepleiertjenesten på posten og vedta klarere kommunikasjonslinjer innenfor de ulike fagområdene.

7.3.2 Torsdag

I brev fra de tillitsvalgte for legene ved Nevroklinikken til klinikkshjefen for klinikk C den 21. januar ble det referert til et møte 18. januar, et møte hvor det var representanter fra de fagansvarlige for KAB 1, nevrokirurgi, øre-nese-hals-området og ortopedi. (27) Det ble i brevet gjort klart at situasjonen ved KAB 1 var uholdbar og uforsvarlig. Brevskriverne gjorde oppmerksom på at det stod ledige lokaler i etasjen under og forventet at disse ble tatt i bruk innen uke 4.

Den 21. januar ble det avholdt et møte i driftsrådet hvor klinikklederen, og ellers de vanlige rådsmedlemmene var til stede.(28, 29) Først ble det gitt en kort statusrapport fra fagområdene. Områdene plastikkirurgi og barnekirurgi hadde ikke noe å melde, alt var ok her.

Nevrokirurgi, meldte om uro på grunn av fravær av involvering i prosessen ved dannelsen av avdelingen. Ikke minst ble det påpekt at arealet fagområdet hadde fått ved den nye posten var for lite og at bemanningen med kompetent personale var redusert mer enn det som godt var for denne pasientgruppen. Hva det siste angikk ble det nevnt at de aktuelle pasientene hadde behov for mye intermediærkompetanse blant pleiepersonalet. Det ble ellers sagt at fagområdet har vært på grensen til å drive uforsvarlig pasientbehandling og at en har måttet stryke altfor mange pasienter.

Ortopedi meldte at legene hadde begynt å engasjere seg mer. Det var kommet flere bekymringsmeldinger til avdelingslederen. Flere pasienter var strøket den siste uken, blant annet fordi man ikke lenger kunne spille på voksenposten. Ortopedien var bemannet til 8 senger, men hadde, i realiteten brukt 12 den siste tiden.

Øre-nese-hals-området var bekymret for kapasiteten på posten. Området kan ikke lenger planlegge operasjoner fram i tid, ble det fremholdt.

Kirurgisk avdeling for barn meldte at driften ved KAB 2 var tilfredsstillende, men at driften ved KAB 1 var meget utfordrende. Fagområdet hadde for knapt areal, lite støtterom og lite plass til pårørende. Det hadde, ble det nevnt, vært fullt belegg med pasienter hele tiden siden sammenslåingen. Fagområdet hadde knapt nok kapasitet til å yte øyeblikkelig hjelp. Det hadde tidligere vært en pålagt bemanningsstopp som nå gjorde at det manglet flere sykepleiere både innen nevrokirurgi og ortopedi, ble det fremholdt. Sammenslåingen viste seg også å være dårlig forankret på legesiden, noe som smittet over på sykepleiesiden.

Sykehusledelsen orienterte om bakgrunnen for dannelsen av kirurgisk avdeling for barn. Den var initiert av sykehusledelsen. Bakgrunnen var et ønske om å effektivisere driften og skape et mer robust fagmiljø rundt kirurgiske barn på Rikshospitalet. Ledelse sa at den i etterkant så at den hadde tatt for lite hensyn til behovet for støtterom.

Det ble gjort klart at det ikke var aktuelt å oppløse KAB, men at ledelsen ville prøve å finne en løsning på de oppståtte driftsproblemene. Så snart de foreslåtte stillingene var godkjent i stillingsutvalget ville ledelsen få dem utlyst. Ledelsen la til at det var viktig med en hurtig ansettelsesprosess.

Vedrørende arealutfordringene skulle det, ble det også opplyst, nedsettes en hurtigarbeidende komité for å se på de oppståtte utfordringene. Man skulle, ble det føyet til, starte møteaktiviteten om arealutfordringene dagen etter.

Det ble til slutt påpekt at det at dette møtet var holdt, var et uttrykk for at ledelsen ved OUS tok signaler fra personalet alvorlig og at en ønsket å komme med gode løsninger.

7.3.3 Fredag

Nevrokirurgisk barneseksjon, ved tillitsvalgte for legene, sendte et nytt brev til klinikklederen den 22/1 hvor de kommenterte referatet fra møtet som var holdt den 21/1.(28). Brevet startet med en beklagelse over det seksjonens tillitsvalgte mente hadde vært en mangelfull prosess. De tillitsvalgte påpekte at det ennå ikke var foretatt noen konsekvensanalyse av endringene og viktige medarbeidere ikke hadde vært involvert i endringene. De skrev også at de savnet en begrunnelse for omleggingen, en begrunnelse som gikk utover det å spare penger.

De tillitsvalgte hadde tidligere uttalt, het det videre i brevet, at hvis en sammenslåing som den man nå hadde hatt skulle lykkes, måtte den ikke underdimensjoneres. De stilte også spørsmål ved realismen i den anslåtte innsparingen på 30 sykepleiestillinger. Det het videre i brevet at en slik innsparing ville *”av alle som har fotfeste i den kliniske hverdagen ansees som et tall helt uten begrunnelse.»* Brevskriverne fortsatte: *« Vi vet at våre innsigelser tidligere ikke har vært formidlet videre gjennom ”linjen”. Dette har skadet prosessen og ført frem til et katastrofalt resultat med store driftsproblemer (strykninger og meget uoversiktlige forhold) og et kompetansetap som har medført en kvalitetsreduksjon som tangerer og somme tider bryter grensen til det medisinsk forsvarlige”.*

Brevskriverne bad videre om at 3. etasje måtte bli åpnet snarest. De fremholdt at det daglig ble strøket pasienter og at avdelingens omdømme slik ble svekket. Legetjenesten ved nevrokirurgisk avdeling var bekymret, het det videre, for de resterende sykepleierne som jobbet doble vakter nesten hele tiden. De tillitsvalgte etterlyste en videre en plan for

rekruttering og påpekte at det ikke var tilfredsstillende stadig å leie inn sykepleiere fra vikarbyråer.

Avdelingslederen forteller at han ikke var forberedt på at motstanden mot avdelingsdannelsen skulle bli så stor.⁽¹⁵⁾ Han tror at en del av bakgrunnen for motstanden fra legesiden var at legene ikke var involvert i prosessen. Han forteller at legene flere ganger var på kontoret hans og ønsket å snakke om dannelsen av kirurgisk avdeling for barn, men at han (avdelingslederen) mente at denne kommunikasjonen skulle gå i linjen og at legene derfor burde ta sine bekymringer opp med sin leder, klinikkjefen. Han ser i etterkant at en del støy kunne ha vært unngått hvis han hadde forstått at han burde ha snakket direkte med legene.

7.4 Fjerde uke

Den 25. januar skrev avdelingssjefen i en e-post til klinikklederen og fortalte at de hadde måttet utsette operasjon for to nevrokirurgiske pasienter, og at ØNH og ortopedi hadde redusert inntaket med henholdsvis én og tre pasienter.^(30, 31) Avdelingen var full og det var lite øyeblikkelig hjelpskapasitet. Det var videre problemer med nevrokirurgisk kompetanse, skrev han. Han videresendte et brev fra avdelingslederen på nevrokirurgisk barneseksjon, hvor denne presiserer at situasjonen på KAB 1 nå var forverret. Det ble strøket pasienter, blant annet pasienter hvor avdelingen hadde landsfunksjon. Flere sykepleiere hadde sluttet og en var bekymret for kompetansetapet. Dette var noe avdelingen burde ha tatt tak i tidligere, skrev han. Det foregikk også en prosess i Helse- og omsorgsdepartementet hvor en vurderte å sentralisere all nevrokirurgi i Norge til Oslo universitetssykehus. I miljøet på Rikshospitalet fryktet man nå at situasjonen ville gjøre at nevrokiriurgi's omdømme ville bli svekket. Det ble i den forbindelse blant annet henvist til oppslag i Dagbladet samme dag. Man ventet, het det videre i e-posten, at sykehuset i praksis viste vilje til å legge forholdene til rette slik at nevrokirurgene kunne utføre sine oppgaver i forbindelse med de regions- og landsfunksjoner Rikshospitalet hadde.

Den 25. og 26. januar var det to artikler i Dagbladet hvor situasjonen ved KAB 1 ble tatt opp.³ Pårørende klaget over kaotiske forhold, strykning av pasienter og dårlig renhold, og over at sykepleierne ikke hadde tid til å ta seg av pasientene og overlot store deler av pleien av barna

³ <http://www.dagbladet.no/2010/01/23/nyheter/innenriks/helse/helsevesenet/barn/10066797/>

<http://www.dagbladet.no/2010/01/26/nyheter/innenriks/helse/helsevesenet/barn/10095540/>

til de pårørende.(32) For at en mor skulle få sove i nærheten av sønnen sin måtte således en annen pasient flyttes til en annen avdeling.

Klinikklederen understreket at situasjonen var uholdbar og at en jobbet med å løse de problemene som var oppstått. Hun sa at det var blitt nødvendig å øke sengeantallet og at ledelsen ville vurdere bemanningen på nytt når senger og areal var bestemt.

I en ny artikkel i Dagbladet dagen etter het det at i etasjen under barneposten stod de tidligere lokalene til barneenheten i ØPO-klinikken ledige.(33) Klinikkledelsen sa at den gjorde det fordi klinikken måtte spare penger. Klinikklederen skrev i e-post til Dagbladet at ledelsen ved Oslo Universitetssykehus beklaget at situasjonen var blitt som den nå var blitt både for pasienter og pårørende.

Dagbladet klarte ikke å få kommentarer fra helseministeren.

Helse Sør-Øst hadde fått brev fra Helse- og omsorgsdepartementet hvor situasjonen ved den nye barneavdelingen ved Rikshospitalet var et tema.(34) Helse Sør-Øst svarte at en hadde hatt to møter med avdelingen og at en var klar over at bemanningen var for liten. Noen av problemene, het det i svarbrevet, skyldtes svangerskapspermisjoner og at flere sykepleiere hadde begynt med videreutdanning, men det het også at en hadde vært for sen med å rekruttere nye sykepleiere. Arealene for pasienter og pårørende hadde vist seg å være for små og det ble derfor bestemt at man også skulle ta i bruk lokaler i etasjen under skrev Helse Sør-Øst til slutt.

Det kom nå innspill fra en tillitsvalgt ved sykepleietjenesten om at driften måtte reduseres fram til nye sykepleiere var ansatt, at det ble åpnet for drift i etasjen under, evt. i samarbeide med voksenortopedisk avdeling.(35) Dette er imidlertid, fremholdt den tillitsvalgte, kortsiktige løsninger. Hun foreslo isteden at det ble opprettet en intermediæravdeling i 4. etasje og en sengepost i 3. etasje.

Den 28. januar var det et møte hvor man samlet medisinsk ansvarlige, og tillitsvalgte og vernetjenesten samt en representant for ledelsen ved sykehuset for å drøfte den videre drift ved KAB 1.(36) Her ble man enig om at det skulle åpnes for drift av 11 senger i 3. etasje. Hva sykepleiertjenesten angikk ble det nevnt at det allerede var ansatt en ny sykepleier innen ortopedi, men at det hadde vist seg vanskeligere å få tak i kvalifiserte søkere til sykepleiestillinger innenfor nevrokirurgi. Man trodde likevel at bemanningssituasjonen

etterhvert ville bli bedre. Det ble nevnt at det skulle inngås avtaler med Akuttklinikken slik at postoperativ avdeling og barneintensivenheten kunne ta hensyn til situasjonen ved kirurgisk avdeling for barn. Det ble bestemt at det skulle holdes et nytt møte i gruppen i begynnelsen av februar.

Avdelingslederen opplyser i dag at han følte at han fikk liten støtte fra klinikkledelsen i starten.⁽¹⁵⁾ Han mente klinikkledelsen ikke tok situasjonen alvorlig nok. Klinikklederen var ny fra 1. januar da som nevnt Nevroklinikken gikk inn i klinikk C. Den nye klinikklederen hadde, naturlig nok, ikke full oversikt over situasjonen denne vinteren. Gradvis fikk hun imidlertid oversikt over situasjonen og utfordringene.

8 Februar 2010

Møtereferat fra 4. februar 2010 forteller at KAB 1 skulle fortsette som en seksjon med en seksjonsleder og holde til i 4. etasje. Her skulle KAB 1 holde til og ha de nevrokirurgiske pasientene.(37) Ortopedi og øre-nese-hals skulle fortsette i 3. etasje, med en stedlig leder. Situasjonen begynte nå å roe seg noe ved KAB 1. Øyeblikkelig hjelp-belastningen hadde gått noe ned.

Avdelingen hadde begynt å ta inn lettere pasienter fra ortopedi. De tyngre måtte en vente med og det var en viss spenning knyttet til spørsmålet om hvordan situasjonen ville bli når en flyttet ned.

Ved nevrokirurgisk fagområde var det fortsatt lav bemanning og det var særlig vanskelig i helgene.

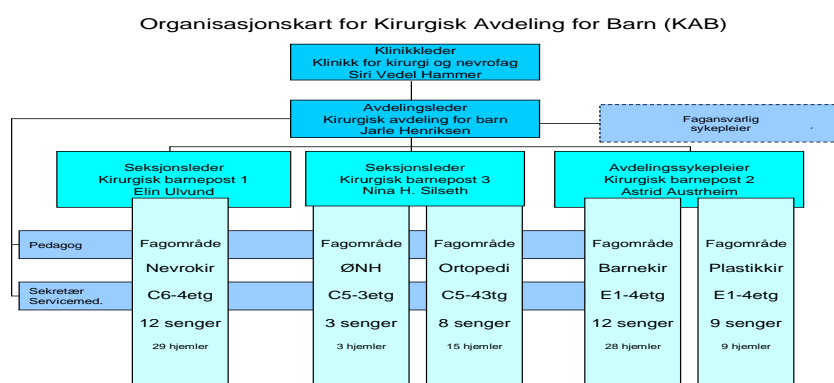
Plastikkirurgisk avdeling skrev i en e-post 15. februar til klinikklederen at den ønsket at «deres» barn kunne bli skilt ut fra kirurgisk avdeling for barn og bli organisert sammen med avdelingen for de voksne plastikkirurgiske pasientene.(38) De plastikkirurgiske avdelingene fra Ullevål og Rikshospitalet skulle slås sammen og en mente at det da var riktig at barnepasientene var sammen med voksenpasientene.

Det var nå en del uro ved KAB 2. Her var en usikker på hvordan seksjonen kom til å bli påvirket av at de kirurgiske barna fra Ullevål skulle flyttes opp på Rikshospitalet.

Det hadde i løpet av februar vært ukentlige møter angående driften av KAB 1. Det kom ønsker fra flere hold om at en ønsket prosessen med kirurgisk avdeling for barn reversert. Fra ledelsens side ble det imidlertid gjort klart at en måtte få driften ved avdelingen i orden og gi avdelingen en sjanse.(39, 40)

9 Mars – desember 2010

9.1 Mars



Organisasjonskart for kirurgisk avdeling for barn fra mars 2010

Det ble nå etablert en tredje seksjon, KAB 3, med egen seksjonsleder. Seksjonen ble plassert i 3. etasje. Endringen innebar at det plastikkirurgiske fagfeltet ble flyttet fra en seksjon hvor dets medarbeider hadde begynt å bli kjent og til en ny seksjon hvor de måtte begynne å gjøre seg kjent igjen.

I mars ble det startet et prosjekt for å se på bruken av sengeressursene i klinikk C etter at de seksjonene som skulle flyttes fra Ullevål i en tidlig fase var flyttet opp til Rikshospitalet.(41) Man måtte i dette prosjektet også se på sengene som ble brukt av «kirurgiske barn». I prosjektet ble det forutsatt at barnesengepostene fortsatt skulle ha 20 senger.

9.2 April

I et brev fra medisinsk ansvarlig ved KAB 1, barnenevrokirurgisk seksjon, til avdelingslederen ved kirurgisk avdeling for barn og klinikklederen den 28. april 2010, ble det påpekt at bemanningssituasjonen ved seksjonen nå var prekær.(42) En hadde igjen, het det, vært nødt til å stryke pasienter på grunn av lav bemanning. Det ble påpekt at en ikke hadde kunnet ha full drift hele ettervinteren og fra medisinsk side ble prosjektet med kirurgisk avdeling for barn vurdert som lite robust og effektivt. Man forventet, het det videre i brevet,

fra de medisinsk ansvarlige, at de ansvarlige i avdelings- og klinikkledelsen finner løsninger på problemet.

9.3 Mai

Den 6. mai ble det avholdt et møte hvor representanter for klinikkledelsen, avdelingslederne for nevrokirurgisk avdeling og kirurgisk avdeling for barn, avdelingsoverlegen og den tillitsvalgte fra barnenevrokirurgisk seksjon, var til stede.⁽⁴³⁾ Formålet med møtet var å ta stilling til bekymringsmeldingene fra den medisinsk ansvarlige ved seksjonen.

Det ble på møtet redegjort for hvordan seksjonen ble drevet tidligere, som nevrokirurgisk barnepost. Det var høsten 2009 en bemanningsreduksjon og dagens lave bemanning var til dels et resultat av denne. Før nedbemanningen var seksjonen en robust seksjon med god kvalitet på sykepleien til intermediærpasienter. Seksjonen hadde den gang kapasitet til å avlaste intensivseksjonen og til å ta intermediærpasienter fra øre-nese-hals- og ortopediseksjonen. Med dagens bemanning, het det, klarte seksjonen knapt å ta vare på egne pasienter.

Det ble påpekt at rekruttering og bemanning er seksjonslederens ansvar. Seksjonslederen redegjorde for hvordan en kunne få dekket grunnbemanningen. Hun pekte på at det er vanskelig å få sykepleiere med nevrokirurgisk kompetanse fra bemanningsbyrå. Å leie inn sykepleiere ville uansett, fremholdt hun, ikke gi noen permanent løsning. Hun påpekte også at sengetallet var for lavt. Det ble også på møtet nevnt at det var uro i avdelingen over flyttingen av de «kirurgiske barna» fra Ullevål til Rikshospitalet, en uro som skyldtes plassmangelen. Den 26. mai ble det avholdt et møte mellom tillitsvalgte, vernetjenesten, seksjonslederen og avdelingslederen. Det ble på møtet sagt at de tillitsvalgte var frustrert over situasjonen rundt driften i seksjonen. En opplevde at det kom stadig dårligere pasienter fra intensivseksjonen, og at de ansatte nå var slitne. Det var mye overtid, og en fryktet at det ville bli mer sykefravær blant de ansatte. En fryktet også at det ville bli et dårligere arbeidsmiljø og at alle problemene ville kunne føre til at det gikk utover forsvarligheten.

De tillitsvalgte etterlyste, ble det sagt, tiltak som virker. Det ble påpekt at seksjonen i flere uker hadde vært skjermet fra å ta mot pasienter fra andre seksjoner. En ville ta ned den elektive virksomheten ved nevrokirurgisk avdeling og en ville etablere samarbeid om inntaket av pasienter. Det ble også på møtet nevnt at det hadde kommet inn en pasientklage.

9.4 Juni

Den 1. juni sendte leger og sykepleiere ved KAB 1 et brev til klinikklederen med kopi til direktøren ved OUS.(44) I dette brevet etterlyste de konkrete tiltak for å bedre situasjonen ved seksjonen. De påpekte at kirurgisk avdeling for barn skulle være en robust avdeling, men at de nå fant seksjonen svært lite robust. De viste til helsepersonelloven og spesialisthelsetjenesteloven hvor forsvarlighetskravet er tydelig og de påpekte at driften ikke lenger var forsvarlig.

De viste også til at en hadde hatt en robust avdeling og stilte spørsmålstegn ved berettigelsen av å etablere en kirurgisk avdeling for barn.

Det ble avholdt et møte 7. juni hvor klinikkledelsen, lederen ved nevrokirurgisk avdeling, og avdelingslederen og seksjonslederen ved den barnekirurgiske avdelingen var tilstede.(45) På dette møte ble igjen situasjonen ved KAB 1 et tema. Det ble på møtet sagt at man på nytt hadde måttet stryke eller utsette pasientetoperasjoner på grunn av dårlig grunnbemanning og for at ikke arbeidsbelastningen på sykepleietjenesten skulle bli for stor. Det var, nevnte sykepleierne, et stort forbruk av overtid. De ansatte, ble det sagt, var slitne og oppgitte og opplevde å ikke bli tatt alvorlig. Seksjonslederen gav uttrykk for bekymring over arbeidsmiljøet. Fram til sammenslåingen med KAB 3 før sommeren ville situasjonen på bemanningssiden bli kritisk, ble det sagt.

Det syntes som om den nedbemanningen som ble gjort i forbindelse med opprettelsen av KAB hadde resultert i at seksjonen hadde fått en svært dårlig intermedieærkapasitet, ble det sagt på møtet.

Klinikklederen opplyste at hun hadde drøftet «KAB-saken» med ledere i flere andre klinikker og at saken skulle tas opp på driftsmøtet. Hun sa ellers at man måtte jobbe videre med å sikre forsvarlig drift, daglig vurdere pasientbelegget, jobbe aktivt med rekrutteringen og legge vekt på å få de ansatte som er igjen, til å bli. Seksjonen hadde nå 29 stillinger (årsverk) til pasientbehandling. Status var at 23,5 av disse var besatt og at det var 12 søkere til nye stillinger.

Klinikklederen skrev i et notat som svar på de tillitsvalgtes brev av den 1. juni at både hun og avdelingslederen tok de ansattes bekymringer alvorlig og at de i løpet av våren hadde arbeidet for å bedre bemannings- og driftssituasjonen ved seksjonen.(44) Ledelsen var kjent med at situasjonen likevel ikke var tilfredsstillende.

De skisserte i notatet både kortsiktige og langsiktige tiltak når det gjaldt både bemanning og samarbeid med andre avdelinger og klinikker. For å skape mer ro ville de se på den organisatoriske tilknytningen for avdelingen, og i den forbindelse igjen se på spørsmålet om organisasjonstilknytning i forbindelse med flyttingen av de barnekirurgiske pasientene fra Ullevål til Rikshospitalet.

9.5 November

I et brev fra leger og sykepleiere ved nevrokirurgisk avdeling og KAB 1 den 1. november ble det gjort oppmerksom på at situasjonen angående sykepleierbemanningen fortsatt var svært prekær.(46) Selv om stillingene nå var besatt var det mange uerfarne sykepleiere på jobb og pasientene var tildels svært syke. En måtte fortsatt bruke mange innleide sykepleiere. Elektive pasienter ble fortsatt strøket og avdelingen kunne knapt ta vare på de akutt syke. Det var stadig møter om situasjonen, men det så ikke ut til å bli bedre.

Det ble rapportert om en alvorlig pasienthendelse til Helsetilsynet.(47) Vernetjenesten hadde meldt inn en sak til arbeidsmiljøutvalget i klinikken.(48) Begge disse sakene ble besvart i løpet av begynnelsen av 2010. Det gikk bra med pasienten.

I tabellene nedenfor vises først utviklingen av sykefraværet ved KAB 1 i prosent måned for måned i 2010. I neste tabell vises pasientbelegg og bruk av innleide vikarer i høstmånedene 2010.

Sykefraværet på KAB 1 i 2010 i prosent pr måned

Jan	Feb	Mars	April	Mai	Juni	Juli	Aug	Sept	Okt	Nov	Des
14,3	16,5	10,7	11,9	12,8	11,9	14,8	8,2	13,9	12,4	12,2	9,4

Høsten 2010 ble det leid inn mange ekstravakter fra vikarbyråer. I tabellen nedenfor gjengitt etter avdelingslederens svarbrev til Helsetilsynet ser en at i ukene 41-49 var det fra 23-50 vakter med vikarer fra vikarbyrå pr uke. Dette gjaldt månedene september og oktober hvor seksjonen hadde et forholdsvis høyt sykefravær, og hvor det var mange pasienter innlagt-ja i flere uker var det overbelegg.

Uke	41	42	43	44	45	46	47	48	49
Pasientbelegg ukedager	9,4	16	14,2	10,2	16,6	13	13,4	8	14,2
Pasientbelegg helg	11	13	9,5	12,5	14,5	9	9,5	12	13
Eksterne vikarer	24	38	46	50	47	29	23	35	39

Seksjonen er bemannet til 12 senger i helgen og 6 i helgene.

10 Etter 2010

I løpet av første halvdel av 2011 roet situasjonen seg. De nyansatte sykepleierne begynte å komme inn i jobben. Det var perioder med mindre øyeblikkelig hjelp. Man oppdaget hvor mye som var gått tapt i løpet av året med uro og tildels kaos. For eksempel hadde mange gode rutiner blitt borte fordi sykepleierne hadde måttet konsentrere seg så mye om det viktigste at det til tider ikke var mulig å gjøre det riktige.

Arbeidet med å bygge opp seksjonen kom litt etter litt i gang. Etter hvert fikk personalet mer ro til å drive med det de var gode til, pasientbehandling og pårørendeomsorg. Det har imidlertid ikke bare vært en dans på roser. Blir det fullt i seksjonen kommer panikken for at det skal bli like slitsomt som før, igjen. Man har fått en sårbarhet inn i sykepleiestaben.

Avdelingen er fortsatt organisert i Klinikk for kirurgi og nevrofag. Det ble aldri gjort noen evaluering av avdelingen og dens måte å fungere på. I 2010 kom den kirurgiske barneavdelingen på Ullevål inn i avdelingen. Avdelingen har fortsatt fire seksjoner og en ser at det ikke er så enkelt å få sykepleiere til å fungere på tvers av fagfelt så spesialisert som virksomheten, og sykepleierne, er blitt. Avdelingens ulike sykepleiere har likevel stort faglig utbytte av å være og arbeide sammen. De har et forum for å diskutere kirurgi til barn generelt og har i 2013 gjort et stort arbeid om preoperativ forberedelse av barn. Dette arbeidet har resultert i to informasjonsfilmer og nasjonale retningslinjer.

11 Hva kan vi lære

For å kunne lære av situasjonen må vi først forstå hvorfor det gikk så galt den første tiden. Dannelsen av kirurgisk avdeling for barn skjedde ovenfra. Det var klinikkledelsen som tok initiativ til dannelsen og som gjennomførte den, og gjorde det på en nokså stram hierarkisk måte. Den ble omtalt som en organisasjonsutviklingsprosess, altså som en prosess ledelse og medarbeidere skulle være sammen om. Innslaget av medarbeidermedvirkning var imidlertid beskjedent. Når det «nedenfra» kom forslag til løsninger som gikk på tvers av dem ledelsen ønsket, ble forslagsstillerne overhørt. Det var tilfelle med forslag som både angikk tempoet i gjennomføringsprosessen og spørsmål om hvordan delingen av barneenheten skulle skje. Medvirkning ble slik i praksis langt på vei et spørsmål om å få medarbeiderne til å bli positive til ledelsens endringsplaner: Medvirkningen hadde altså mer et «omvendelsessiktemål» enn et reelt medvirkningssiktemål. Hovedideen, om sammenslåing, var hevet over «medvirkning». Det samme var langt på vei også spørsmålet om hvordan sammenslåingen skulle skje, endog hvor den skulle skje (hva angikk fysisk plassering).

Når endringsprosesser er styrt stramt ovenfra, må en regne med motstand og protester fra mange ansatte. Når endringer skjer på en hierarkisk bestemt måte bringer det mange, kanskje de fleste, ansattes roller «i spill». Noen ser på det som kanskje skal komme som muligheter og blir opptatt av å utnytte situasjonen for selv å få bedre posisjoner. Andre, og normalt er det de fleste, blir bekymret og frykter at deres posisjon kan forsvinne, bli mindre interessant eller få et annet, og kanskje mer «skummelt» innhold. De blir derfor defensive og kanskje litt opprørske. Men mer kommer til. Når endringer på denne måten kommer ovenfra, mer eller mindre som diktat, og «out of the blue», utfordrer det også manges selvfølelse. De fleste ansatte i sykehus er høyt utdannede og finner seg ikke i å bli styrt på denne måten ovenfra, altså uten å ha fått være med på å påvirke styringen. Spesielt reagerer de på det hvis de føler at endringene vil gå utover det de faglig er mest opptatt av, pasientene og faget. I denne prosessen skinte det ganske tydelig igjennom at hovedhensynet var økonomi: Det skulle spares, selv om det kunne gå utover behandlingens og omsorgens omfang og kvalitet.

Det fremholdes i litteraturen at en kan forvente at noen slutter ved større organisatoriske endringer, som sammenslåinger av enheter er.⁽⁴⁾ Spesielt er det grunn til å vente tap av personell, og med det kanskje ekspertise det er vanskelig å erstatte, hvis enhetene er relativt forskjellige og krever litt ulik kompetanse. Det å redusere bemanningen i forkant av

endringen øker sannsynligheten for uro og tap av personell. I forkant av sammenslåingen av postene i kirurgisk avdeling for barn var det, som vi har sett, ansettelsesstopp slik at bemanningen allerede var redusert. En av mine informanter har i etterkant slått sammen avdelinger uten å nedbemanne i forkant.(14) Det gav et mye heldigere resultat.

Medvirkning forutsetter en åpen informasjonsflyt fra første stund. I denne prosessen ble en viktig gruppe, legegruppen ved nevrokirurgisk avdeling, nesten helt holdt utenfor. Den fikk knapt høre noe, og da den fikk høre noe var det nærmest for sent. Å høre denne gruppens syn på ikke minst på pasientbeleggets sammensetning og omfang, var av stor betydning for dimensjoneringen av den nye avdelingen. «Overseelsen» skapte en frustrasjon både blant nevrokirurgene og sykepleierne, en frustrasjon som man i ettertid kan si var unødvendig.

Som vi har sett heter det i litteraturen at en endringsprosess lettes hvis det er en felles forståelse av behovet for endring (20). Når mange, og her kanskje alle, følte at det som skulle endres fungerte godt og de ikke kunne se at endringen kunne gjøre situasjonen bedre, lå forholdene vel til rette for stor endringsmotstand. Det provoserte mange av de ansatte ekstra mye at det fra ledelsens side ble hevdet, med styrke, at endringen ville skape en ny, robust enhet. Endringen skulle således overhode ikke, ble det fremholdt, gå utover kvaliteten på pasientbehandlingen. Sykepleierne kunne samtidig konstatere at nesten hver tredje sykepleier ville slutte. Mange følte i denne situasjonen robusthets- og kvalitetsargumentasjonen som fornærmende.

Øyeblikkelig hjelp-virksomhet er ekstra sårbar for forstyrrelser, og «forstyrrende» er jo i denne sammenheng enhver endring: Endring går nesten alltid en tid utover driften. Ved denne endringen skulle to fagområder med stort omfang av øyeblikkelig hjelp-virksomhet, nemlig nevrokirurgi og øre-nese-hals-virksomhet, slås sammen. Det skapte ekstra utfordringer, utfordringer endringslederne ikke hadde tatt tilstrekkelig hensyn til. Det bidro til frustrasjonen på fagplan i den nye avdelingen.

Som vi har sett var den fysiske plassering av den samlede virksomhet også et spørsmål som skapte «støy». Her var noe «glemt» av de «hierarkiske» planleggere. Skal en slik avdeling ha 20 senger for pasienter, må den dimensjoneres for mer enn det dobbelte, opp mot 50.

Barnepasienter kommer ikke alene. De har minst én pårørende med seg hele tiden ved alvorlig sykdom, ofte flere. Man må derfor ved en 20 sengers post regne med at det til en hver tid er ca. 50 ”pasienter”; pårørende trenger også omsorg. Disse menneskene skal ha plass, en stol å sitte

på, gjerne en seng å ligge i, og mat. Pasientene har med rullestoler, barnevogner o.s.v. På en så stor post som den aktuelle trengs det i tillegg rom, også møterom, til alle ansatte, til sykepleierne, men også til legene.

Skal jeg til slutt være litt kontrafaktisk, kan man si at hadde det ikke blitt innført ansettelsesstopp før prosessen begynte og hadde ledelsen lyttet til de ansatte, tatt dem med på råd på en ordentlig måte – og ikke minst gitt fagligheten tydelig prioritet, og ikke hatt slik hastverk, hadde den – eller ledelsen i samarbeid med de ansatte – kanskje lyktes i å slå sammen de opprinnelige enheter til bare to poster. Det mener også to av de tre avdelingssykepleierne jeg har snakket med.

Som vi har sett gikk det etter hvert bedre. Ledelsens ideer hadde noe for seg, men den prosessen man kunne hatt på forhånd, ble i praksis, iallfall i noen grad, tatt på etterskudd. Dertil kommer at de fleste ansatte, ved enhver endring, etter hvert vil tilpasse seg en ny virkelighet, lage nye rutiner og etter hvert gjøre den nye virkelighet til sin. Det blir for slitsomt å fortsette å være «kontrær». Det er imidlertid alltid bedre å sørge for at man unngår slik ettertilpasning. Ubehagelige prosesser setter også spor. Den skaper en form for «ubehagsberedskap» og en større eller mindre grad av ledelsesmistenksomhet.

Litteraturliste

1. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning. Oslo: Universitetsforlaget; 2003.
2. Kjeldstadli K. Fortia er ikke hva den engang var. Oslo: Universitetsforlaget; 2010.
3. Jacobsen JTJ. Hvordan organisasjoner fungerer. Bergen: Fagbokforlaget; 2007.
4. Lines R, Stensaker IG, Langley A, . New Perspectives on Organizational Change and Learning. Bergen: Fagbokforlaget; 2006.
5. Austrheim A. Intervju2013.
6. Danielsen Å. Omstilling 2006. Dokumentsamling. Direktørens kontor R; 2006 15.01.06. Report No.
7. stab D. Rapport fra Samordning av kirurgisk virksomhet for barn, fase 1 felles dagenhet. e-phorte: Oslo Universitetssykehus, 1009 01.04.09. Report No.
8. Røste GK. Prosessesbeskrivelse Avd for barnekir-stabsråds vedtak 28.mai 09. Følgebrev til prosessbeskrivelse. Nevroklinikken; 2009 150909. Report No.
9. Andersen S. Til vedtak; Etablering av felles sengeenhet for barn fra Nevroklinikken, kirurgisk klinikk og ØPO-klinikken. Notat. Stabråd; 2009 17.03.09. Report No.
10. Andersen S. Felles kirurgisk sengeenhet for barn. In: Morten Reymert EH, editor. 2009.
11. Andersen S. Til vedtak; Organisatorisk plassering av felles sengeenhet for kirurgiske barn med forslag til lokalisering. Oslo universitetsykehus, 2009 28.05.09. Report No.
12. Røste GK. Etablering av avdeling for barnekirurgi-status per 30.juni.2009. Nevroklinikken; 2009 28.06.09. Report No.
13. Røste GK. Sak om barnekirurgi til stabsråd 1. september In: Reymert M, editor. 2009.
14. ladegård k. Intervju2013.
15. Henriksen J. Intevju 27.09.20132013.
16. Røste GK. Prosessbeskrivelse avd for barnekirurgi. In: Reymert M, editor. 2009.
17. Røste GK. samarbeidsavtale kirurgiske barn. 2009.
18. Blasko E. Brev til ny klinikkleder med kopi av brev til "gammel" klninkkleder. In: Hammer SV, editor. e-phorte2010.
19. Austrheim AI. Sammenslåing av fagområder i C6-4 etasje. Møtereferat. 2009 26.11.09. Report No.
20. Rootwelt T. Organisatorisk tilhørighet Kirurgisk sengeposter barn. In: Jan Eirik Thoresen EH, Erik Carlsen, editor. 2010.
21. Henriksen J. Innspill fra sykepleietjenesten ved kirurgiske klinikker RH i forhold til organsatorisk plassering av kirurgisk avdeling for barn (KAB). Notat 2009 22.12.09. Report No.
22. Innspill-omorganisering og samlokalisering OUS(2010).
23. Prosjektgruppa. Organisering av kirurgiske barnesenger i Oslo universitetsykehus. 2010 5. juli 2010. Report No.
24. Henriksen J. fordeling av senger, avdeling for barnekirurgi. 2009.
25. Rud R-M. intervju. 2013.
26. Ladegård k. Postråd. møtereferat. e-phorte: Oslo Universitetsykehus, 2010 180110. Report No.
27. Egge A. Som tillitsvalgt ønsker undertegende kun kort å referere... In: Hammer SV, editor. e-phorte2010.
28. Egge A. Ad: Møtereferat angående "driftsurfordringer ved KAB v/Jarle Henriksen. Kommentarer fra barnenevrokirurgisk seksjon. In: Hammer S, editor. e-phorte2010.

29. Henriksen J. Møtereferat driftsutfordringer KAB 1. In: Siri Vedeld Hammer EH, Treje Osnes, Kim Tønseth, Sissel reinlie, Inger-Lise Pedersen, Trine sand Kaastad, Øyvind Skraastad., editor. 2010.
30. Due-Tønnesen BJ. Fornyet bekymringsmelding vedrørende manglende kapasitet og prioriteringer ved kirurgisk avdeling barn. In: Reinlie S, editor. e-phorte2010.
31. Hammer SV. Bekymring2. In: hysing E, editor. 2010.
32. Anne Marie Blindheim LMG. Alvorlig syke barn rammes av sparetiltak. Dagbladet. 2010 25.0.,2010.
33. Blindheim AM. Her står en hel avdeling tom. Dagbladet. 2010 26.01.2010.
34. Risland I. Situasjonen ved ny barnepost på Rikshospitalet-Synspunkter/privat situasjon. 2010.
35. Blasko E. Innspill fra NSF tillitsvalgt angående arealbruk for KAB 1. Innspill. 2010 27.01.10. Report No.
36. Marianne Martiniussen. Møtereferat 28.01.10. In: Einar Hysing JH, Arild Egge, Bernt Due-Tønnesen, Greg Jablonski, Per Reidar Høiness, Terje Osnes, Siri Veleld hammer, Elisabeth Blasko, Inger Wilhelmsen, Kim Tønseth, editor. 2010.
37. Martiniussen M. Videre planlegging av fremtidige løsninger av arealbruk 3 og 4 etasje klinikk C. Møtereferat. 2010 04.02.10. Report No.
38. Tønseth K. SV: Til møtet 11.01.10 kl 0700. In: Siri Vedeld Hammer EH, editor. 2010.
39. Martiniussen M. Forslag til møtereferat 15.02.10. In: Einar Hysing, editor. 2010.
40. Martiniussen M. Oppsummering møte 18.02.10. In: Hysing e, editor. 2010.
41. Hammer SV. SV: tidlig innflytting og bruk av sengeareal Rikshospitalet. In: Hysing E, editor. 2010.
42. Due-Tønnesen BJ. Vedrørende situasjonen ved kirurgisk avdeling barb(KAB). In: Jarle Henriksen SVH, editor. e-phorte2010.
43. Henriksen J. Bemanningssituasjonen ved kirurgisk barnepost 1. e-phorte: Oslo Universitessykehus, 2010 10.05.10. Report No.
44. Hammer SV. Drifts- og bamanningssituasjonen ved avdeling for kirurgiske barn. e-phorte: Oslo Universitessykehus, 2010 09.06.10. Report No.
45. Henriksen J. Møtereferat, Bemanningssituasjonen Kirurgisk barnepost 1. e-phorte: universitetsykehus O; 2010 07.06.10. Report No.
46. Egge A. Jeg sender med dette en strek påminnelse- brev til klinikkleder fra leger og sykepleiere på KAB 1. In: Reinlie S, editor. e-phorte2010. p. 3.
47. Henriksen J. tilsyn i omstillingsprosessen-Oslo Universitessykehus HF, orientering og dokumentasjon vedrørende Kirurgisk barnepost. Notat. 2011 18.02.11. Report No.
48. Henriksen J. Ytterligere redegjørelse til Helsetilsynet vedrørende Kirurgisk barnepost 1 & 3 ved oslo Universitessykehus HF. Notat. 2010 27.05.11. Report No.

